

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública  
e Historia de la Ciencia**



**TESIS DOCTORAL**

**Descentralización de los sistemas de salud: revisión sistemática de la  
literatura y estudio de caso en Guinea Ecuatorial**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Daniel Cobos Muñoz**

Directores

**Juana María Santos Sancho  
Paloma Merino Amador**

**Madrid, 2016**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E  
HISTORIA DE LA CIENCIA



## TESIS DOCTORAL

Descentralización de los sistemas de salud:  
revisión sistemática de la literatura y  
estudio de caso en Guinea Ecuatorial.

MEMORIA PARA ACCEDER AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

Daniel Cobos Muñoz

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E  
HISTORIA DE LA CIENCIA



## TESIS DOCTORAL

Descentralización de los sistemas de salud:  
revisión sistemática de la literatura y  
estudio de caso en Guinea Ecuatorial

PRESENTADO POR:

**Daniel Cobos Muñoz**

BAJO LA DIRECCIÓN DE LAS DOCTORAS:

**Juana María Santos Sancho**  
**Paloma Merino Amador**

Madrid, 2015









# Descentralización de los sistemas de salud

Revisión sistemática y estudio de caso en Guinea Ecuatorial

Trabajo presentado por:

D. Daniel Cobos Muñoz

Dirigida por las Doctoras:

Dña. Juana María Santos Sancho

Dña. Paloma Merino Amador

2015

Facultad de Medicina  
Departamento de Medicina  
Preventiva, Salud Pública e  
Historia de la Ciencia.



Universidad  
Complutense  
Madrid





*A mis padres, porque lo que soy hoy no se  
entiende sin lo que ellos me han dado.*

*A mis dos amores, Laura y Lía.*



# Índice de contenidos

<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	<b>VII</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>IX</b>
<b>ABREVIATURAS</b>	<b>XI</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>17</b>
<b>2. LUGAR DE ESTUDIO: GUINEA ECUATORIAL</b>	<b>25</b>
2.1. SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA	27
2.2. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y PERFIL SANITARIO	31
2.3. SISTEMA DE SALUD DE GUINEA ECUATORIAL	35
2.3.1. ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD	35
2.3.2. DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE GUINEA ECUATORIAL	40
2.3.2.1. Rectoría (Stewardship)	41
2.3.2.2. Financiación (Financing)	43
2.3.2.3. Generación de recursos e inversión (Creating resources)	46
2.3.2.4. Provisión de servicios (Delivering services)	47
2.4. CURSO MODULAR DE EQUIPOS DISTRITALES DE SALUD	48
<b>3. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS</b>	<b>51</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>55</b>
4.1. OBJETIVO GENERAL	57
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57

<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>59</b>
<b>5.1. MATERIAL Y MÉTODOS DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA</b>	<b>61</b>
5.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA REVISIÓN	61
5.1.1.1. Tipos de estudios	61
5.1.1.2. Tipos de participantes	61
5.1.1.3. Tipos de intervención	62
5.1.1.4. Tipos de medida de efecto	63
5.1.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	64
5.1.3. SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS	65
5.1.4. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ESTUDIOS	65
5.1.5. EXTRACCIÓN DE LOS DATOS	69
5.1.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS	72
5.1.7. LIMITACIONES DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA	73
<b>5.2. MATERIAL Y MÉTODOS DE LA EVALUACIÓN DE LA OPERATIVIDAD DE LOS DISTRITOS</b>	<b>74</b>
5.2.1. ENCUESTA	75
5.2.1.1. Características generales de los distritos sanitarios	77
5.2.1.2. Recursos disponibles en el distrito	78
5.2.1.3. Cartera de servicios del distrito	79
5.2.1.4. Análisis de la gestión distrital	79
5.2.2. IMPLEMENTACIÓN DE LA ENCUESTA	81
5.2.2.1. Recogida de datos	83
5.2.2.2. Análisis de la información	83
5.2.3. LIMITACIONES DE LA ENCUESTA DE OPERATIVIDAD DE LOS DISTRITOS	84
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>85</b>
<b>6.1. RESULTADOS DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA</b>	<b>87</b>
6.1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS	87
6.1.2. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SESGO EN LOS ESTUDIOS	102
6.1.3. DESCRIPCIÓN DE LOS MODELOS DE DESCENTRALIZACIÓN	106

6.1.4.	EFFECTOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	113
6.1.4.1.	Efectos generales de la descentralización	115
6.1.4.2.	Efectos sobre la gobernanza	118
6.1.4.3.	Efectos sobre la financiación	120
6.1.4.4.	Efectos sobre el acceso a medicinas, vacunas y equipamiento médico	123
6.1.4.5.	Efectos sobre el sistema de información	125
6.1.4.6.	Efectos sobre los recursos humanos	126
6.1.4.7.	Efectos sobre la provisión de servicios	128
<b>6.2.</b>	<b>RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE OPERATIVIDAD DE LOS DISTRITOS SANITARIOS EN GUINEA ECUATORIAL</b>	<b>140</b>
6.2.1.	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS DISTRITOS SANITARIOS	140
6.2.2.	RECURSOS DISPONIBLES EN EL DISTRITO	143
6.2.2.1.	Unidades sanitarias	143
6.2.2.2.	Recursos humanos	145
6.2.3.	CARTERA DE SERVICIOS DEL DISTRITO	149
6.2.4.	ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DISTRITAL	151
6.2.4.1.	Estructuras de gestión distrital	151
6.2.4.2.	Disponibilidad de guías, estándares y normas	154
6.2.4.3.	Procesos de gestión distrital	154
<b>7.</b>	<b><u>DISCUSIÓN</u></b>	<b>159</b>
7.1.	EFFECTOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN	161
7.2.	SITUACIÓN DE OPERATIVIDAD DE LOS DISTRITOS SANITARIOS	172
7.3.	RECOMENDACIONES PARA GUINEA ECUATORIAL	180
7.4.	LIMITACIONES	182
7.4.1.	LIMITACIONES DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA	182
7.4.2.	LIMITACIONES DE LA ENCUESTA	183
<b>8.</b>	<b><u>CONCLUSIONES</u></b>	<b>185</b>

**9. BIBLIOGRAFÍA** **189**

**ANEXO 1. HERRAMIENTA PARA LA RECOGIDA DE DATOS DEL ESTUDIO DE  
OPERATIVIDAD** **A-1**

**ANEXO 2. LISTA DE PAÍSES INCLUIDOS EN LA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA  
LITERATURA** **A-5**

**ANEXO 3. RESULTADOS DETALLADOS DEL ANÁLISIS DE CALIDAD A ESTUDIOS  
CUANTITATIVOS** **A-7**

## Índice de tablas

Tabla 1. Ventajas y desventajas del sistema descentralizado comparado con sistemas centralizados. ....	23
Tabla 2. Criterios de exclusión de los artículos encontrados. ....	65
Tabla 3. Preguntas del análisis de la calidad de la evidencia cuantitativa.....	67
Tabla 4. Preguntas de análisis de calidad de la evidencia cualitativa. ....	69
Tabla 5. Información extraída en todos los estudios. ....	70
Tabla 6. Información extraída para datos cualitativos. ....	71
Tabla 7. Información extraída para datos cuantitativos.....	71
Tabla 8. Descripción de los "Building Blocks" del sistema de salud (1).....	73
Tabla 9. Características generales de los estudios cualitativos incluidos en la revisión sistemática de la literatura.....	91
Tabla 10. Características generales de los estudios cuantitativos incluidos en la revisión sistemática de la literatura. ....	93
Tabla 11. Características generales de los estudios con metodología mixta incluidos en la revisión sistemática de la literatura. ....	98
Tabla 12. Resultados de la evaluación de la calidad de estudios con información cuantitativa.....	103
Tabla 13. Resultados de la evaluación de la calidad de estudios con información cualitativa. ....	104
Tabla 14. Países que han descentralizado alguno de los "Building Blocks".....	107
Tabla 15. Descripción de los procesos de descentralización en cada país.....	108
Tabla 16. Indicadores cuantitativos extraídos por país. ....	132
Tabla 17. Extensión y población de los distritos sanitarios en Guinea Ecuatorial. ....	140
Tabla 18. Problemas de salud identificados por la comunidad. ....	142
Tabla 19. Distribución de unidades sanitarias en los diferentes distritos. ....	143



Tabla 20. Distribución del personal sanitario por categorías profesionales y por tipo de unidad sanitaria. ....	146
Tabla 21. Personal sanitario por cada distrito. ....	147
Tabla 22. Cartera de servicios ofrecida por hospitales y centros de salud. ....	150
Tabla 23. Funcionamiento de las estructuras de gestión distrital. ....	151
Tabla 24. Proporción de distritos que contaban con el documento especificado. ....	154
Tabla 25. Resultados para las preguntas relativas a la planificación distrital. ....	155
Tabla 26. Actividad de supervisión de los distritos. ....	157

## Índice de figuras

Figura 1. Mapa administrativo de Guinea Ecuatorial. ....	28
Figura 2. Ingreso Nacional Bruto per cápita de Guinea Ecuatorial (1999-2013).....	30
Figura 3. Pirámide poblacional de Guinea Ecuatorial (censo 2001).....	31
Figura 4. Relación entre mortalidad infantil e ingreso nacional bruto. ....	33
Figura 5. Carga de enfermedad en Guinea Ecuatorial.....	34
Figura 6. Cobertura vacunación de DTP3 en menores de 1 año (1984-2010). ....	37
Figura 7. Estructuras de gestión del distrito sanitario en Guinea Ecuatorial.....	39
Figura 8. Funciones del sistema de salud tomadas del Informe de la Salud Mundial de la OMS del año 2000. ....	41
Figura 9. Evolución de la ayuda oficial al desarrollo para Guinea Ecuatorial (2004-2013).....	44
Figura 10. Evolución del gasto per cápita en salud en Guinea Ecuatorial.....	45
Figura 11. "Building blocks" de los sistemas de salud. ....	63
Figura 12. Resultado de las fases de búsqueda y cribado de los estudios de la revisión sistemática de la literatura.....	88
Figura 13. Número de estudios incluidos en la revisión por continente.....	89
Figura 14. Número de indicadores extraídos organizados en función de los "Building Blocks". ....	113
Figura 15. Número de citas extraídas organizados en función de los "Building Blocks". ....	114
Figura 16. Actividad económica de los distritos. ....	141
Figura 17. Relación entre el número de unidades sanitarias y la población de cada distrito.....	144
Figura 18. Relación entre el número de unidades sanitarias públicas y la población de cada distrito.....	144
Figura 19. Relación entre el número de unidades sanitarias y la extensión de cada distrito.....	145

Figura 20. Profesionales de salud por cada 1,000 habitantes.....	148
Figura 21. Funcionamiento de las estructuras de gestión distrital.....	152
Figura 22. ESD que al menos ha realizado 1 reunión en los últimos 6 meses. Proporción de reuniones con acta. ....	153
Figura 23. Número de distritos que tienen herramientas de supervisión, tienen cronograma de salidas o han realizado una supervisión en los últimos 6 meses.....	156
Figura 24. Cobertura de unidades sanitarias supervisadas por el ESD. ....	158
Figura 25. Proporción y número de unidades sanitarias en función de su propiedad. ....	173
Figura 26. Distribución (%) de las categorías profesionales por tipo de unidad sanitaria.....	174

## **Agradecimientos**

El trabajo que se recoge en esta tesis es el fruto del tiempo y el esfuerzo de muchas personas con las que me ido cruzando en el camino. Los que me conocéis, sabéis que tener una buena memoria no es una de mis virtudes. Si no veis vuestro nombre en estas líneas, estad seguros que me habré acordado de vosotros justo en el momento en el que se termine de imprimir esta tesis.

Quiero expresar mi mayor agradecimiento a mis dos directoras de tesis, Juana M<sup>a</sup> Santos Sancho y Paloma Merino Amador. Ellas me han apoyado y me han enseñado en todo el proceso, y me han “pinchado” cuando hacía falta. Especialmente quiero agradecer a Paloma toda esa maravillosa energía vital de la que me he aprovechado en buenos y malos momentos.

También quiero agradecer al Profesor David Martínez todos los buenos consejos que me ha dado desde que nos encontramos tiempo atrás siendo yo estudiante de medicina.

Hay mucha gente en Guinea Ecuatorial que ha participado en este trabajo de una u otra manera. En primer lugar quiero agradecer al personal del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social por haber facilitado el desarrollo de la encuesta en los distritos y por haber participado activamente en su adaptación al contexto y necesidades ecuatoguineanas. Quiero hacer una mención especial para Víctor Sima, Pepe Sima y Teodora Alene que, de forma incansable, buscan mejorar la salud de sus compatriotas. Agradecer también el trabajo realizado por los 18 equipos distritales de salud y los expatriados de la Cooperación Cubana sin los que la encuesta no existiría.

Se encuentra en un lugar destacado el personal de la Fundación de Religiosos para la Salud, tanto en la sede de Madrid como en los equipos de terreno en Guinea Ecuatorial. Quedan en mi corazón las interminables reuniones de planificación, las discusiones sobre lo divino y lo humano, las croquetas caseras, los días en Bome y vuestras ganas de que este mundo sea más justo. Se merecen un especial agradecimiento Tina, Zenon, Marcelo y Bosco por seguirme a “velocidad Dani” a todos los sitios, aconsejarme y enseñarme tanto de

la vida. También quiero destacar a dos grandes amigas, Carmen y a Vir, con las que he compartido maravillosos momentos desde la universidad hasta hoy. Ha sido gracias a ellas que muchas de mis ideas irrealizables se han convertido en planes realistas.

Quiero agradecer a mis padres, Marisina, Vane y Ro, por estar siempre ahí, por las cenas con risas y por haber sido siempre el presente sobre el que he construido mi futuro. Agradecer también a Daniel, Ana, Dani, Eli, Pablo, Herli, Anita, Edu y a los niños por haber convertido a Las Palmas en mi hogar desde el que escribir parte de esta tesis.

Las últimas líneas la reservo para mi amor, mi compañera. Gracias Laura por compartir esta parte del camino conmigo, por enseñarme lo importantes que son las personas y por haberme dado el mejor regalo que me han hecho en toda mi vida, Lía.

## Abreviaturas

AECID	Agencia Española de Cooperación al Desarrollo
AIEPI	Abordaje Integral de la Enfermedades prevalentes de la Infancia
APS	Atención Primaria de Salud
ASPECOM	Auxiliar de enfermería con perfil comunitario
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CDD	Comité de Desarrollo Distrital
CPN	Control Prenatal
CSD	Comité de Salud Distrital
DGF	Discusiones en grupos focales
DTP3	Difteria-Tétanos-Pertusis (3ª dosis)
EDA	Enfermedad diarreica aguda
EDSGE	Encuesta Demográfica de Salud de Guinea Ecuatorial
EIC	Entrevistas a informantes clave
EPHPP	Effective Public Health Practice Project
ESD	Equipo de Salud Distrital
FNUAP	Fondo de la Naciones Unidas para las Poblaciones
FRS	Fundación de Religiosas para la Salud
IC <sub>95%</sub>	Intervalo de Confianza al 95%
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INB	Ingreso Nacional Bruto
IRA	Infección respiratoria aguda
ITS	Infección de transmisión sexual
MINSABS	Ministerio de Sanidad y Bienestar Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMS-AFRO	Oficina Regional de la OMS para África Sub-Sahariana
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

OR	Odds Ratio
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan Operativo Anual
PVVIH	Personas que viven con VIH
RR	Riesgo Relativo
RRHH	Recursos Humanos
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
vs	versus

## Resumen

### INTRODUCCIÓN

Las intervenciones dirigidas a fortalecer los sistemas de salud, en sus distintas tipologías y formas, han demostrado ser una herramienta esencial para mejorar y mantener la salud de la población. A pesar de esto, no está claro qué modelo de sistema de salud es más efectivo o qué organización estructural mejora la gobernanza global del sistema.

Las reformas del sector salud basadas en atención primaria de salud (APS) han sido posiblemente las más extendidas de los últimos 30 años. La estrategia de APS se reconoció como el pilar fundamental para la consecución del objetivo de salud para todos en el año 2000, y se centró en dos elementos principales que se añadían al modelo de cuidados: la promoción de la salud basada en la lucha contra los determinantes sociales de la salud, y la descentralización de los servicios de salud asociado a participación comunitaria.

Mientras la eficacia de las estrategias basadas en atención primaria ha sido ampliamente demostrada tanto en países de renta alta como en países de bajos recursos, no existe consenso entre los investigadores sobre si la descentralización, de forma aislada, es una reforma que mejora el desempeño de los sistemas de salud o si es una estrategia adecuada para países con bajos recursos. A pesar de ello, la mayor parte de los países africanos se embarcaron en los años 80 en procesos de descentralización a diferentes escalas con el aumentar la sostenibilidad del sistema y mejorar su eficiencia. Aunque las reformas han variado en la magnitud de la reforma, todas ellas han compartido dos elementos: descentralización del sistema de salud y utilización de fondos rotatorios para medicamentos esenciales.

Guinea Ecuatorial no ha sido ajena a esta corriente en favor de la descentralización siendo uno de los primeros países en crear, en 1984, un distrito sanitario basado en APS. Tras algunos años en los que el modelo de distrito se extendió a todo el país, las funciones fueron de nuevo centralizadas de forma progresiva en los años 90. En la II Conferencia Económica Nacional en 2007, Guinea Ecuatorial desarrollo una hoja de ruta para fortalecer



el sistema de salud del país en la que la descentralización basada en APS es uno de sus pilares.

## **LUGAR DE ESTUDIO: GUINEA ECUATORIAL**

Guinea Ecuatorial está localizada en la costa atlántica de la zona tropical de África. Administrativamente, el país está dividido en 7 provincias con un Gobernador por provincia como responsable último, 18 distritos dirigidos por Delegados de Gobierno con 827 poblados y 163 comunidades de vecinos. La población total estimada en 2010 era de 1.622.000 habitantes.

La principal fuente de riqueza del país son los hidrocarburos. El crecimiento económico ha sido tan llamativo en los últimos años que el país ha pasado de ser de renta baja a renta alta en un periodo de 20 años multiplicándose su ingreso nacional bruto por 15 en este periodo.

La esperanza de vida al nacer en Guinea Ecuatorial es de 59 años en promedio (57 años para hombres y 61 años para mujeres). Cada mujer tiene como media 5.1 hijos y únicamente un 12.6% de ellas utilizan algún método anticonceptivo. El país está sufriendo lo que ha venido en llamarse como la “doble carga de enfermedad” ya que, sin haber disminuido significativamente la carga de enfermedades transmisibles, están apareciendo enfermedades no transmisibles en la población.

## **JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS**

Existe un número considerable de estudios que analizan los efectos de las distintas reformas del sector salud realizadas en países de renta baja y media. Asimismo, se han realizado varias revisiones de la literatura sobre este tema, pero no analizaban específicamente la descentralización del sistema de salud, tenían un ámbito geográfico limitado (ej. únicamente Latinoamérica) o fueron realizadas hace más de 20 años. Por tanto, una revisión sistemática de la evidencia científica ofrecerá una amplia visión del efecto de la descentralización en países de renta baja y media, y permitirá identificar lecciones aprendidas del proceso en otros países.

Por otro lado, el MINSABS de Guinea Ecuatorial necesita saber cuál es la situación de operatividad de sus distritos al inicio del proceso para poder definir estrategias e intervenciones que puedan ser efectivas y estén adaptadas a las necesidades de cada área.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo general

Informar el proceso de descentralización del sistema de salud en Guinea Ecuatorial a través de una revisión sistemática de la evidencia existente sobre el efecto de la descentralización en países de renta baja y media, y un análisis de la situación de operatividad de los distritos sanitarios de Guinea Ecuatorial.

### Objetivos específicos

1. Revisar de forma sistemática la evidencia existente sobre los efectos de la descentralización del sistema de salud sobre la salud de la población y el desempeño del sistema.
2. Describir la situación de operatividad de los distritos sanitarios en Guinea Ecuatorial usando una herramienta estandarizada de evaluación de la OMS

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### Revisión sistemática de la literatura

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura utilizando metodología estándar Cochrane. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en MEDLINE, Embase y PsycInfo para todos los años disponibles hasta Mayo 2015 con términos de búsqueda de alta sensibilidad. Se han incluido estudios con datos primarios cuyo objetivo principal sea el análisis o evaluación de los efectos de la descentralización del sistema de salud, incluyendo estudios con metodología cuantitativa, cualitativa y mixta. Se han excluido, por tanto, estudios que no presentan datos primarios (p.ej. revisiones sistemáticas de la literatura ya existentes) o que no realicen un análisis novedoso de datos secundarios. El ámbito geográfico de la revisión son países de renta media y baja según la clasificación del Banco

Mundial y las intervenciones incluidas han sido aquellas dentro del sector salud, o que incluyan al sector salud, y que conlleve algún grado de descentralización.

Se han definido unos criterios de exclusión estándar para los estudios y se ha evaluado la calidad de los mismos una vez se han considerado incluidos. La evaluación de la calidad, que no se ha utilizado para excluir estudios, se ha realizado con herramientas validadas y previamente utilizadas en revisiones similares. La extracción de datos cuantitativos y cualitativos se llevó a cabo utilizando una herramienta estándar y el análisis se estructuró en torno a los 6 “building blocks” de la OMS para sistemas de salud: gobernanza; financiación; acceso a medicamentos, equipos y vacunas; sistema de información; recursos humanos; y provisión de servicios.

#### Estudio de operatividad de los distritos sanitarios en Guinea Ecuatorial

Se realizó un estudio transversal y descriptivo de la situación de todos los distritos sanitarios en el país. La recogida de datos la realizaron los equipos distritales de salud entre julio de 2011 y marzo de 2012 en tres fases. Se ha adaptado la herramienta desarrollada por la Oficina Regional de la OMS para África Sub-Sahariana que evalúa diferentes dominios tanto a nivel distrital como de unidad sanitaria a través de dos cuestionarios estandarizados distintos. Se han analizado las características generales de los distritos, los recursos (humanos y de infraestructuras sanitarias) disponibles, cartera de servicios ofertada y análisis de las estructuras de gestión distrital y su funcionamiento.

## **RESULTADOS**

#### Revisión sistemática de la literatura

Se encontraron un total de 4.081 referencias con la estrategia de búsqueda. Tras eliminar 435 referencias duplicadas, 3.650 referencias se cribaron para evaluar su relevancia utilizando el título y el resumen. De ellas, 240 referencias fueron consideradas como relevantes y, finalmente, 54 estudios fueron incluidos en la revisión (11 estudios cualitativos, 28 estudios cuantitativos y 15 estudios con metodología mixta). En general, la calidad de los estudios cuantitativos es pobre con ningún estudio experimental incluido. En relación a los estudios cualitativos, únicamente 1 estudio cumple de forma satisfactoria con todos los

criterios de la herramienta de evaluación. En términos globales, 11 estudios cumplen más del 75% de los criterios, 7 estudios cumplen entre el 50% y el 74% de los criterios y 8 estudios no cumplen al menos con la mitad de los criterios. En global, se extrajeron 144 indicadores cuantitativos y 293 citas (datos cualitativos) de los estudios que se realizaron en 29 países.

Las reformas del sector salud basadas en la descentralización del sistema sanitario, han tenido efectos diversos en los distintos países.

Los estudios cuantitativos muestran efectos, en general, positivos de la descentralización. Todos los estudios que han estimado indicadores de mortalidad, muestran efectos positivos de la descentralización sobre la mortalidad general en adultos, mortalidad en niños o mortalidad materna. También se han encontrado efectos mayoritariamente positivos cuando miramos al desempeño de los programas de salud (tuberculosis, malaria o VIH). Asimismo, cuando analizamos la información cuantitativa relativa a la financiación del sistema, se observa que los distritos tienden a tener más recursos, los pacientes pagan menos por la atención a la salud y la equidad del sistema aumenta tras la descentralización. La gestión de recursos humanos y provisión de servicios también se ha visto positivamente afectada por los procesos de descentralización con aumento del volumen de trabajadores en el primer caso y mejoras en la utilización y calidad de los servicios en el segundo caso.

La información de carácter cualitativo extraída de los estudios muestra un escenario menos positivo que la obtenida con indicadores cuantitativos. Aunque algunos aceptan que la descentralización ha facilitado el acceso de la población al sistema de salud, ha fomentado la participación de todos los actores en la toma de decisiones en salud y ha aumentado la eficiencia del sistema al mejorar la distribución de los recursos, la mayor parte señalan efectos negativos sobre la gestión de los recursos a nivel local (recursos humanos, equipamiento, medicina y vacunas). El aumento de la burocracia a nivel local y la falta de capacidad de las autoridades locales para asumir estas funciones han sido las razones más frecuentemente esgrimidas.

Estudio de operatividad de los distritos sanitarios en Guinea Ecuatorial

Un 57 % de las unidades sanitarias identificadas por los equipos son de propiedad pública y un 43 % privada. La distribución tanto en número de unidades como en tipo de unidad no es homogénea geográficamente. Más de la mitad de las unidades sanitarias se encuentran en 4 de los 18 distritos: Bata (33,9%), Añisoc (8,8%), Mongomo (8,2%) y Ebibeyin (4,4%).

La distribución de los RRHH del país en función del tipo de unidad sanitaria muestra una marcada organización centrada en los hospitales. Un 72,6% (n=1652) del personal del país está destinado a hospitales distritales, provinciales o regionales, mientras que únicamente un 15% (n=351) y un 12% (n=273) están destinados a centro de salud y puesto de salud respectivamente. Asimismo, la distribución geográfica de los mismos no es homogénea.

En relación a la existencia y funcionamiento de las estructuras de gestión, casi todos los distritos cuentan con un Equipo de Salud Distrital funcional (17 de los 18 distritos) mientras que únicamente 5 y 2 de los 18 distritos contaban con un Comité de Salud Distrital y un Comité de Desarrollo Distrital respectivamente.

Un 50 % (n=9) de los distritos tenía un plan operativo anual (POA) para el año 2011 y todos ellos estaban siendo ejecutados en el momento de la encuesta. En cambio, únicamente el 45% de los distritos con un POA tenían herramientas de monitoreo de dicho plan. Es decir, más de la mitad no podían evaluar de forma objetiva y sistemática el progreso o retroceso en la consecución de los objetivos del plan.

Las herramientas de supervisión estaban disponibles en 13 distritos (70 %) el día de la encuesta. La mitad de los distritos tenía un cronograma de salidas de supervisión y 11 (58%) habían realizado una supervisión en los últimos 6 meses. La proporción de unidades sanitarias públicas supervisadas en los últimos 6 meses era inferior al 15%.

## DISCUSIÓN

La revisión de la literatura científica muestra tanto efectos positivos como negativos de la descentralización del sistema de salud en países de renta baja y media. Aunque los resultados de estudios cuantitativos muestran en su mayoría efectos positivos en las distintas áreas del sistema de salud, la evidencia obtenida a partir de estudios cualitativos es más heterogénea. Aunque este resultado puede estar afectado por las limitaciones

metodológicas de los estudios, se ve claramente una tendencia hacia un efecto positivo de la descentralización cuando se ha estudiado con metodologías cuantitativas.

Los estudios cualitativos apuntan a un resultado similar en relación a la mejora del acceso de la población a los servicios de salud o la gobernanza del sistema tras la descentralización. Por el contrario, algunos efectos negativos generales también han sido identificados en estudios cualitativos. La mayor parte de estos efectos se relacionan con el empeoramiento en la gestión general de los programas en sistemas descentralizados. Este resultado es coherente con los encontrados en otras revisiones de la literatura relacionadas con este tema y publicadas anteriormente.

Un hallazgo sorprendente de esta revisión sistemática de la evidencia presentada en este trabajo, es la baja calidad de los estudios que han analizado el impacto de la descentralización en países de renta baja y media. A pesar de este hecho, y dado que se han utilizado datos procedentes de distintas fuentes, se han podido triangular los efectos de la descentralización con la evidencia existente.

La situación de operatividad de los distritos en Guinea Ecuatorial, analizada con la encuesta de la OMS, muestra luces y sombras. Mientras que los distritos están ofreciendo una cartera de servicios razonablemente amplia a la población, se observan diferencias significativas tanto en distribución como en el perfil de infraestructuras sanitarias y recursos humanos en cada distrito. Asimismo, la densidad promedio de profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares generales o auxiliares con perfil comunitario) por 1.000 habitantes es menor que la media regional para África Sub-Sahariana.

Mientras que la estructura de gestión que depende del Ministerio de Sanidad (equipo de salud distrital) está activa y funcional en la mayor parte de los distritos, no ocurre lo mismo en el caso del comité de desarrollo y comité de salud distrital. Una de las posibles razones para esta falta de desarrollo del CDD y del CSD puede ser la falta de implicación de las autoridades locales en temas de salud. Esto es coherente con la situación encontrada en algunos distritos en los que las estructuras de gestión distrital eran activas debido, en gran medida, a que el Delegado de Gobierno era un sanitario. También hay que tener en cuenta

que el funcionamiento de las estructuras de gestión que no están bajo control del MINSABS, depende en gran medida de la gobernabilidad general del distrito en sus ámbitos político, económico y social.

Analizando los procesos de gestión de los distritos sanitarios, se observa que prácticamente ningún distrito está realizando los procesos básicos de gestión distrital de una forma estructurada y sistemática. Únicamente la mitad de los distritos tenían un plan operativo anual en el que se definen las actividades a realizar durante el año y qué metas se quieren conseguir. Asimismo, menos del 15% de las unidades sanitarias han sido supervisadas en los últimos 6 meses. Falta de vehículo para realizar las salidas o falta de tiempo por parte del personal del ESD son las principales razones esgrimidas.

## **CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta tanto los resultados de la revisión sistemática de la literatura como los del estudio de operatividad de los distritos, se puede afirmar que hay potencial para que la descentralización en Guinea Ecuatorial tenga resultados positivos. Teniendo en cuenta la experiencia de otros países, existe evidencia que apoya la descentralización de determinadas funciones del sistema de salud (gobernanza, financiación y provisión de servicios). La descentralización de la gestión de los recursos puede ser algo más arriesgada, sobre todo si tenemos en cuenta el pobre desarrollo de las estructuras de gestión distrital encontrado en nuestra encuesta. A pesar de esto, si se genera la capacidad necesaria a nivel local para asumir las funciones descentralizadas y se establecen mecanismos de rendición de cuentas transparentes, existen más probabilidades de éxito. Asimismo, es fundamental que la descentralización sea efectiva y otorgue la autoridad necesaria para que los distritos puedan asumir las funciones descentralizadas y tomar las decisiones pertinentes (incluyendo la distribución de los recursos).

# **Abstract**

## **INTRODUCTION**

Strategies to strengthen health systems have been shown to improve health outcomes and people well-being in different settings. However, it is not clear what type of health care model is more effective or which governance arrangements improve decision making processes.

Primary health care reforms have been widely applied over the last 30 years. Primary health care was identified as one of the core elements to achieve “health for all by the year 2000”. This strategy, which was defined in 1978, included the provision of a package of essential curative services combined with health promotion activities to address social determinants for health and health system decentralization to increase community participation in the decision making processes.

Whereas primary health care approaches have been demonstrated to be effective in different settings, there is no consensus on whether decentralization of the health system is an effective reform or an appropriate strategy for low resource settings. Despite this, most African countries started a series of health sector reforms aimed at improving the sustainability and efficiency of their health systems at the beginning of the 80s. Even though the reforms varied in scale and scope, they all had two elements in common: decentralization to districts with a primary health care approach and implementation of revolving funds in health facilities for essential medicines.

Equatorial Guinea was one of the first African countries with an operational health district based system of primary health care provision. After a few years of successful implementation of the decentralized system, health system functions were progressively recentralized to the Ministry of Health. After the 2<sup>nd</sup> Economic Forum in 2007, Equatorial Guinea developed a multisector program which is currently being implemented: In this system, decentralization of the health system to the districts is again one of its core components.



**SETTING: EQUATORIAL GUINEA**

Equatorial Guinea is located in Central Africa, shares a board with Cameroon and Gabon and has an estimated population of 1.622.000 inhabitants. The country is divided into 7 administrative regions and includes in total 18 districts, 36 municipalities, 716 villages and 344 urban communities. The capital (Malabo) is located on Bioko Island and the most populated city (Bata) is located on the mainland.

Equatorial Guinea has become one of sub-Sahara's largest oil and gas producers and the gross national income per capita of the country has been multiplied by 15 in the last 20 years. The country was ranked as a “low income” country by the World Bank until 2003 and it was upgraded to “high income” in 2007.

Life expectancy at birth for people living in Equatorial Guinea is 59 years of age overall, 57 for males and 61 for females. Women in the country had on average 5.1 births and only 12,6% of women were using any type of contraceptive method in 2011. The population of Equatorial Guinea is suffering from what has become known as the “double burden of disease” which includes both communicable and non-communicable diseases.

**HYPOTHESIS**

There is a significant amount of evidence on the effects of health sector reforms in low resource settings. A number of reviews of the literature describe the known effects of these reforms but these investigations did not focus on the effects of decentralization or they were limited to a certain geographical areas. Therefore a systematic review of the literature will provide a comprehensive assessment of the effectiveness of decentralization in different settings and it will help identify lessons learned by various countries or regions.

There is also a knowledge gap on the operationality of the district health system in Equatorial Guinea. Knowing how health districts are functioning and what resources they have, is essential to identify appropriate and locally adapted interventions.

## OBJECTIVES

### General Objective

Inform the decentralization process in Equatorial Guinea through a systematic review of the literature gathering evidence on the effectiveness of decentralization in low and middle income countries and conducting an assessment of the operationality of the health districts in the country.

### Specific objectives

1. To review the evidence assessing the effects of the decentralization of the health system on the system's performance and population's health.
2. To describe the operationality of the health district in Equatorial Guinea using a standardized assessment tool from the World Health Organization (WHO).

## METHODS

### Systematic review of the literature

We conducted a systematic literature review based on Cochrane methods and following the PRISMA criteria for reporting of systematic reviews on the effectiveness of health system decentralization in low and middle income countries.

We run a search in MEDLINE, Embase and PsycInfo to identify all articles published until May 2015 for all years available. We used highly sensitive search terms. Any study design (i.e. qualitative, quantitative or mixed-methods) with primary data (or a new analysis of secondary data) assessing the effect of the decentralization of the health system, have been considered as relevant. We have limited the scope of this review to low and middle income countries as defined by the World Bank.

The quality of the studies included in the review was assessed using criteria adapted from published and validated quality assessment tools for qualitative and quantitative research. We used a standardized form to extract data from included studies and the extracted information was structured following the 6 building blocks of the health system identified by the WHO.

### Assessment of the operationality of the health districts in Equatorial Guinea

We conducted an observational study to assess the operationality of the health districts in Equatorial Guinea. Data collection was implemented between July 2011 and March 2012 in three phases. We adapted the standard tool developed by WHO to assess different areas of the district health system structure and performance. Specifically, we assessed four domains: general features of the districts; resources available (human resources and health facilities); package of services provided; and district health management structures and managerial processes in the districts.

## **RESULTS**

### Systematic review of the literature

The implemented search strategy yielded 4081 published articles. After removing 435 duplicates and 3650 non relevant studies, 240 references were considered relevant. We applied a predefined set of inclusion and exclusion criteria and 54 studies were finally included in the review (11 qualitative studies, 28 quantitative studies and 15 mixed methods studies). 144 quantitative indicators and 293 quotes were extracted from quantitative and qualitative studies respectively.

Whereas the effects of the decentralization measured using quantitative methodologies were predominantly positive, qualitative information showed a more heterogeneous picture. All studies estimating mortality indicators consistently reported positive effects on adult, child and maternal mortality. Studies also found positive effects on health system performance, utilization and quality of health services, financial resources for health, out of pocket payments and equity after decentralization. Human resources management was improved in some settings with an increase in the total number of health workers.

Although qualitative information also reported positive effects of the decentralisation on the access to health services provision, allocation of resources and community participation, they consistently showed a negative impact on the managerial processes related to human resources, medicines and equipment. Increasing bureaucracy after decentralization and lack

of managerial skills at the peripheral level were some of the reasons raised by the participants of qualitative studies.

#### Assessment of the operability of the health districts in Equatorial Guinea

57% of the health facilities in the Equatorial Guinea are public or private not-for-profit and 43% are private for profit. The geographical distribution of the facilities is not homogeneous across the country with more than half of them in 4 of the 18 districts (33,9% in Bata, 8,8% in Añisoc, 8,2 in Mongomo and 4,4 in Ebibeyin).

The distribution of human resources was highly focused in hospitals. Specifically, 70,6% (n=1,937) of health professionals from the public sector were working in hospitals whereas 15.3% and 14,1% were working in health centres or health posts respectively.

17 out of 18 districts of Equatorial Guinea had a functional district health management team (DHMT) and 5 of the districts had a District Health Committee (DHC) and 2 of them had a District Development Committee (DDC). 50% of the districts had an annual operational plan being implemented but only 45% of those having a plan also had developed any M&E tools to monitor the progress towards the objectives of the plan.

13 districts (70%) had health facility supervision tools available but only half of them had supervisory visits scheduled. Although 11 districts (58%) conducted at least one supervisory visit to a health facility in the last 6 months, the coverage of facilities supervised in this period was less than 15%.

#### **DISCUSSION**

As illustrated by our systematic review of the literature, effects of the decentralization of the health system in low and middle income countries were both positive and negative in the different settings. Whereas quantitative data consistently showed positive effects, qualitative studies showed a more heterogeneous picture of the impact of decentralization. Although qualitative studies reported positive effects on access to health services or the governance of the system, they also pointed out negative consequences on the management of resources

including human resources. These results are consistent with previously published reviews of the literature about this topic.

One striking finding of this systematic review of the literature was that, even though there was a wealth of evidence assessing the effects of the decentralization of the health system, the evidence consists mainly of observational studies with low and moderate quality.

Our assessment of the operationality of the health districts in Equatorial Guinea revealed both strengths and weaknesses of the system. Whereas the package of services offered to the population in the health facilities was appropriate, we also found a significant imbalance in the distribution of health facilities within and among districts. Human resources were also unequally distributed among districts and the number of health professionals per 1000 people was lower than the average for Sub-Saharan Africa.

Our assessment showed that, the management structures that depend directly on the Ministry of Health (e.g. DHMT) were active and functional while those depending on the local authorities (e.g. DCH and DDC) were not functional in most of the districts. One possible explanation for this lack of development of local district management structures would be the lack of involvement of local authorities in health issues. Besides, the proper functioning or even the existence of these structures depends on the general state of governance in the districts which is low in some parts of Equatorial Guinea.

Managerial processes in the districts are generally weak. Only half of the districts had an annual operational plan where the objectives and activities were defined and less than 15% of the health facilities had been supervised at least once in the last 6 months. Lack of a vehicle to move the team to the facilities and competing responsibilities were some of the reasons raised.

## **CONCLUSIONS**

The results of the systematic review of the literature combined with the assessment of the operability of the districts in Equatorial Guinea showed potential for positive outcomes of the decentralization of the health system in Equatorial Guinea. Lessons learned from other countries suggested that the decentralization of governance, financing and service delivery, could have positive effects on the system. The evidence found also suggests that decentralization of resource management could be challenging if there was not enough capacity at the peripheral level and transparent accountability mechanisms were not in place. Our assessment of the operability of the districts suggests that there is still room for improvement in the district health system. Interventions to improve human capital in the districts, community participation and local ownership will be crucial for the success of the decentralization process. Overall, it is also essential that, if some functions are decentralized to the districts, the districts are provided with the necessary authority to fulfil these functions (e.g. making decisions on how to allocate resources).



# **1. Introducción**





Los sistemas de salud, en sus distintas tipologías y formas, han demostrado ser una herramienta esencial para mejorar y mantener la salud de la población (1). Desde la reforma de los “médicos descalzos (barefoot doctors)” en la China de los años treinta (2) hasta los programas de desarrollo basados en nuevas tecnologías (“eHealth”) (3), pasando por la creación de seguros de salud comunitarios en zonas rurales de África (4), se han documentado multitud de ejemplos en los que cambios en los sistemas de salud han tenido consecuencias positivas para la población. Asimismo, no son pocos los ejemplos de reformas del sector salud que tuvieron efectos no previstos (ej. implantación del “Seguro Rural” en China (5)) o que no tuvieron ningún efecto. Identificar qué elementos hacen que una reforma del sistema de salud sea exitosa o no ha suscitado un interés considerable en la comunidad científica y los actores en salud global.

En los últimos 50 años se han diseñado, pilotado o implementado un número considerable de reformas de sistemas de salud en distintos países, a diferentes escalas (6). La profundidad y el alcance de las reformas han variado enormemente de unos países a otros y, dentro de cada país, en función de los momentos históricos. Una de las principales razones de esta diversidad de reformas reside en la variedad de tipos de sistemas de salud y en las diferentes concepciones que, de ellos, tienen los países y poblaciones. Los objetivos del presente trabajo tienen por marco la definición de sistema de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2007: “Un sistema de salud está formado por todas las organizaciones, personas y acciones cuyo principal objetivo es promover, restaurar o mantener la salud” (1). Por tanto, según esta definición, se integran en el sistema de salud tanto los servicios de salud (hospitales y centros de salud) como la sociedad civil, los actores privados o curanderos tradicionales entre otros.

Reformas del sector salud basadas en atención primaria de salud (APS) han sido posiblemente las más extendidas de los últimos 30 años (7). La atención primaria de salud fue definida en la ciudad de Alma Ata, en 1978, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la

comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación” (8).

La estrategia de APS se reconoció como el pilar fundamental para la consecución del objetivo de salud para todos en el año 2000 (9), y se centró en dos elementos principales que se añadían al modelo de cuidados: la promoción de la salud basada en la lucha contra los determinantes sociales de la salud, y la descentralización de los servicios de salud asociado a participación comunitaria. La eficacia de las estrategias basadas en atención primaria ha sido demostrada tanto en países de renta alta (10, 11) como en países de bajos recursos (7, 12). Kruk et al. en su revisión sistemática de la literatura sobre el efecto de las reformas basadas en APS en países de baja y media renta encontró que existe evidencia de que la atención primaria de salud aumenta el acceso de la población a los servicios de salud, disminuye la mortalidad en niños menores de 5 años y es una buena herramienta para fortalecer los sistemas de salud (12).

La Carta de Ottawa, en 1986, sentó las bases de la promoción de la salud y abrió el camino para que los países dieran el salto de la retórica a la acción, desarrollando planes de fortalecimiento de la participación comunitaria. Se identificaron 5 grandes estrategias para pasar a la acción: construir políticas saludables; crear entornos favorables; fortalecer la acción comunitaria; desarrollar aptitudes personales (estilos de vida) y reorientar los servicios de salud (13). Asimismo proclamó las siguientes condiciones y requisitos para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad, pre-requisitos en los que deben basarse necesariamente cualquier mejora de la salud.

La llamada a la acción realizada en Ottawa fue secundada en la Conferencia de Adelaida-Australia en el documento titulado “Un llamado para la acción” publicado en 1989 (14), la V Conferencia Mundial de Promoción de Salud en México en el año 2000 (15) y el Informe Mundial de la Salud del año 2008 (16). Se culminó en la “Declaración Política de Rio sobre determinantes sociales de la salud”, organizada por la OMS en Rio de Janeiro en 2011 (17), en la que los jefes de estado y ministros de salud presentes en la misma, establecieron la

promoción de la salud y la lucha contra los determinantes sociales de la salud (pobreza, educación, lugar de residencia...) como elementos esenciales para que la población consiga "(...) el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr"<sup>1</sup> (18). En esta conferencia se enfatizaron la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo, y refuerzan el compromiso con los principios éticos de la vida en comunidad y de la participación, lo que lleva implícito la coordinación intersectorial e institucional.

En el ámbito regional, las Políticas Sanitarias de la Región Africana (Iniciativa 20/20) se centran en la lucha contra las enfermedades de la pobreza, la exclusión y la ignorancia mediante el desarrollo de un sistema de salud eficiente vertebrado sobre los siguientes valores y principios: la solidaridad, la equidad basada en el acceso universal, la ética, el respeto de la identidad cultural y la igualdad de género (19).

Está claro, por tanto, que existe consenso en lo que respecta a la necesidad de incluir el componente de promoción de la salud en los sistemas de salud. Por el contrario, no existe un consenso en lo que respecta a la pertinencia y efectividad de la descentralización del sistema de salud y, de hecho, no hay una medida estándar del grado de descentralización del sistema de salud. Uno de los primeros intentos por racionalizar este vacío lo realizaron Mills et al. quienes propusieron cuatro grados diferenciados en el proceso de descentralización de un sistema de salud (20). El primer nivel de descentralización lo representa la "desconcentración" donde la autoridad y la responsabilidad en la toma de decisiones son transferidas a organismos del gobierno central localizados en las regiones periféricas, en delegaciones de gobierno u oficinas regionales del ministerio de salud, por ejemplo. El segundo nivel lo constituye la "devolución" por la que la autoridad se transfiere a estructuras gubernamentales locales siendo un ejemplo de ello la transferencia de la toma de decisiones en salud a las provincias o municipios. El tercer nivel de descentralización se correspondería con la "delegación" con la creación de agencias semiautónomas cuyo referente son las directrices de los ministerios de salud pero que no son dependientes de él.

---

<sup>1</sup> Definición del derecho a la salud de la OMS (18)

El último y más extremo grado de descentralización es la privatización en la que el control del sistema de salud pasa a manos de actores privados (20).

Otros autores, consideran que los países y sus sistemas de salud no se pueden incluir como un todo en una de las cuatro categorías de descentralización descritas. En función de los momentos históricos y políticos de los países, algunas competencias del sistema de salud pueden estar transferidas a los niveles periféricos mientras que otras continúan centralizadas en el nivel nacional. Por tanto, para analizar el funcionamiento de un sistema de salud, hay que preguntarse para las distintas funciones del sistema de salud, en qué grado (pequeño, moderado o grande) las estructuras periféricas pueden tomar decisiones. Este abordaje se vino en llamar “análisis del espacio de decisión (decision space)” (21).

Como apuntan Arreondo et al., es difícil encontrar evidencia empírica que demuestre si la descentralización ha tenido efectos positivos o negativos en los distintos países (22), circunscribiéndose el debate o bien al plano teórico o bien al análisis de las experiencias llevadas a cabo en países concretos. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una serie de elementos a considerar que podrían favorecer el éxito de los procesos de descentralización. En primer lugar, las actividades en las unidades descentralizadas deben dirigirse a objetivos concretos acordados entre los distintos actores del sistema. Asimismo, deben existir, o crear en su defecto, leyes y/o reglamentos de ámbito nacional que apoyen el proceso de descentralización. Se debe dotar a las unidades periféricas con los recursos materiales y humanos necesarios para el desempeño de sus funciones y se les debe proporcionar un grado de autonomía suficiente tanto para la organización de los recursos materiales y humanos, como para la gestión financiera de los fondos generados por las unidades sanitarias. Por último, deben existir herramientas de gestión eficaces, flexibles y participativas que sirvan de apoyo al equipo responsable de la gestión del sistema de salud en el ámbito periférico (23).

En teoría, un sistema descentralizado presenta, entre otras, las siguientes ventajas y desventajas con respecto a los sistemas centralizados (24):

**Tabla 1. Ventajas y desventajas del sistema descentralizado comparado con sistemas centralizados.**

Ventajas	Desventajas
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acercar la toma de decisiones a la población favorece que los servicios se adapten a las necesidades de la zona con una utilización más eficiente de los recursos y más satisfacción de los usuarios.</li> <li>2. La descentralización permite que se ofrezcan distintas respuestas a los problemas de salud.</li> <li>3. La contratación de personal es más eficiente ya que es más fácil conocer a las personas que van a ser contratadas y hacer una buena elección.</li> <li>4. La motivación del personal puede ser mayor a sentir que tienen control sobre la toma de decisiones y que pueden tener un impacto.</li> <li>5. La descentralización facilita la gestión de recursos ya que el volumen de recursos es menor y se está más cerca de dónde éstos se usan.</li> <li>6. La descentralización abre la ventana a pilotar intervenciones novedosas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La descentralización puede llevar a inequidades entre las distintas regiones tanto en los recursos disponibles como en la financiación del sistema</li> <li>2. La descentralización puede favorecer que políticos locales o grupos de opinión utilicen su poder para limitar la toma de decisiones a nivel local.</li> <li>3. Los grupos minoritarios o en desventaja pueden tener dificultades para acceder a los órganos de toma de decisiones.</li> <li>4. Regiones de difícil acceso, rurales o pobres pueden tener dificultades para atraer personal cualificado.</li> <li>5. Los servicios ofrecidos por las distintas regiones puede ser distinto y, por tanto, crear inequidades entre ellas.</li> <li>6. Difícil la coordinación de los distintos actores en el nivel supra regional y potencial para crear duplicidades.</li> </ol>

Estas y otras razones llevaron a 22 países africanos a firmar la Declaración de Harare en 1987, en la que se propone el sistema distrital de gestión como la herramienta más eficaz para desarrollar la estrategia de APS en África. En términos prácticos, implicó descentralizar a los distritos sanitarios, tanto la provisión de servicios como la gestión del

sistema de salud. La OMS definió el distrito sanitario como la unidad básica, bien organizada, más autónoma, integrada y periférica de un sistema de salud que comprende una población bien definida, que vive en un territorio administrativo y geográfico claramente delimitado, sea éste urbano o rural (25) e incluye a todas las instituciones e individuos que prestan atención de salud en el distrito, pertenezcan al sistema público, para público o sean de carácter privado (con o sin ánimo de lucro). El sistema sanitario de distrito tiene la responsabilidad de promover, mantener y recobrar la salud de los individuos y de la comunidad y, para ello, realiza intervenciones en diferentes ámbitos de la vida, desde el individuo hasta los domicilios, escuelas, espacios laborales o lugares públicos. Asimismo, el distrito sanitario gestiona los recursos disponibles y diseña políticas y estrategias de ámbito local que vayan dirigidas a mejorar la salud de la población.

Guinea Ecuatorial no ha sido ajena a esta corriente a favor de la descentralización siendo pionero en descentralización de su sistema de salud y, con el apoyo del Gobierno de España, se puso en marcha en 1984 el Distrito Sanitario de Evinayong, siendo uno de los primeros distritos sanitarios en África basados en atención primaria de salud. Este modelo se extendió rápidamente a todo el país consiguiendo metas en salud inimaginables hasta ese momento. Desafortunadamente, este esfuerzo humano y financiero no pudo sostenerse y, a mediados de los 90s, prácticamente no existía ningún distrito sanitario en funcionamiento. Fue de nuevo cuando, tras la II Conferencia Económica Nacional de Bata en 2007, se decidió implantar de nuevo un modelo descentralizado de distritos sanitarios basado en atención primaria de salud y, con este objetivo, se materializó en el “Plan de Acción Horizonte 2020” y en la reunión multilateral “Salud para Todos: Horizonte 2020” ocurrida en Mongomo en 2008 (26) donde se establecieron directrices claras de cómo se debía abordarse la reforma del sector salud de Guinea Ecuatorial para conseguir los objetivos del Plan de Acción Horizonte 2020.

## **2. Lugar de estudio: Guinea Ecuatorial**





## **2.1. Situación socio-económica**

Guinea Ecuatorial está localizada en la costa atlántica de la zona tropical de África. Localizada al Norte del Ecuador, cuenta con una superficie de 28.052,46 km<sup>2</sup> distribuidos en una gran región continental (aproximadamente 26.000 km<sup>2</sup>) y una región insular compuesta por varias islas en una de las cuales se encuentra la capital (Malabo).

La región insular la conforman la Isla de Bioko que se encuentra localizada al oeste de la costa camerunesa, donde se encuentra la capital administrativa del país, y una serie de islotes de menor tamaño entre los que el más alejado es la Isla de Annobon (distancia a Malabo 686 km. y a Bata 550 km.) La región continental limita al Norte con Camerún, al Este y Sur con Gabón y al Oeste con el Océano Atlántico, siendo sus principales ciudades Bata (capital económica del país), Mongomo y Ebebiyin. Administrativamente, el país está dividido en 7 provincias con un Gobernador por provincia como responsable último, 18 distritos dirigidos por Delegados de Gobierno con 827 poblados y 163 comunidades de vecinos (ver Figura 1). El grupo étnico predominante en la mayor parte del país es el Fang, existiendo otras etnias minoritarias adscritas frecuentemente a determinados territorios: Bubis (isla de Bioko), Annoboneses (isla de Annobon), Ndowe y Bisio (litoral de la zona continental).

Figura 1. Mapa administrativo de Guinea Ecuatorial.

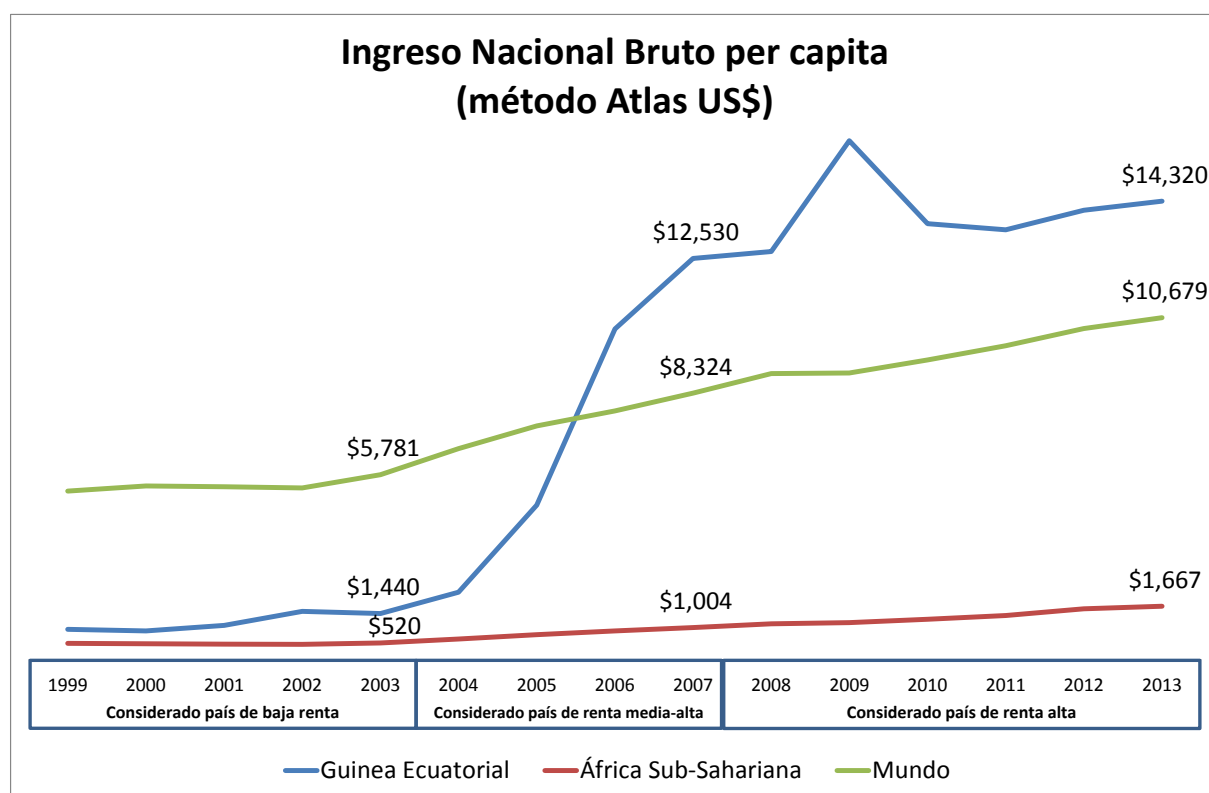


El país obtuvo su independencia de España en 1968. Después de un corto periodo de la democracia tras la aprobación del proyecto de ley constitucional, Francisco Macías (el presidente recién electo en ese momento) abolió los partidos políticos y se limitaron enormemente las libertades de las personas. En la década de los años 70 el país recibió el apoyo del bloque soviético y brigadas de médicos chinos fueron enviados a Guinea Ecuatorial para proporcionar atención de la salud.

El gobierno de Macías fue depuesto en 1979 durante una acción armada y Teodoro Obiang fue elegido como presidente por un "consejo militar". El país fortaleció sus relaciones con

España y ambos países firmaron, en 1980, un tratado de "amistad y cooperación" en el que España se comprometía a apoyar la organización y la provisión de servicios de salud, entre otros sectores. Aunque se realizan elecciones con sufragio universal desde hace varios años para elegir sus representantes, numerosas organizaciones internacionales y nacionales denuncian la falta transparencia de estos procesos electivos, que han convertido a su Presidente en el más longevo de toda el África Sub-Sahariana. Según Reporters Without Borders, Guinea Ecuatorial ocupa el puesto 168 de los 179 países en los que se ha evaluado la libertad de prensa, siendo el 179 el país con menos libertad de prensa del mundo (27). La organización Transparency International, respecto al Indicador de Corrupción del sector público, colocó al país en 2013 en el puesto 163 siendo el número 175 el país considerado más corrupto (28).

La principal fuente de riqueza del país son los hidrocarburos. El crecimiento económico ha sido tan llamativo en los últimos años que el país ha pasado de ser de baja renta a alta renta en un periodo de 20 años. Como se puede apreciar en la Figura 2, el Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita de Guinea Ecuatorial se ha multiplicado por 15 desde el 1995. Guinea Ecuatorial pasó de ser país de bajos ingresos en 1995 a ingresos medio-altos en 2003 y de altos ingresos en 2007 (29). En la actualidad se enfrenta al reto de conseguir que este crecimiento económico sin precedentes repercuta de forma positiva en la calidad de vida de los ciudadanos, mejorando los servicios sociales básicos y solventando las deficiencias estructurales aún existentes.

**Figura 2. Ingreso Nacional Bruto per cápita de Guinea Ecuatorial (1999-2013)**

Fuente: Banco Mundial (29)

Según las estimaciones del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Guinea Ecuatorial ocupa el puesto 144 relativo al valor del Índice de Desarrollo Humano (IDH) (siendo el país en el puesto 184 el menos desarrollado). En el año 2014, el IDH estimado para el país fue de 0.556, que se encuentra por debajo del IDH promedio mundial (0.682) pero por encima del promedio para África Sub-Sahariana (0.502) (30).

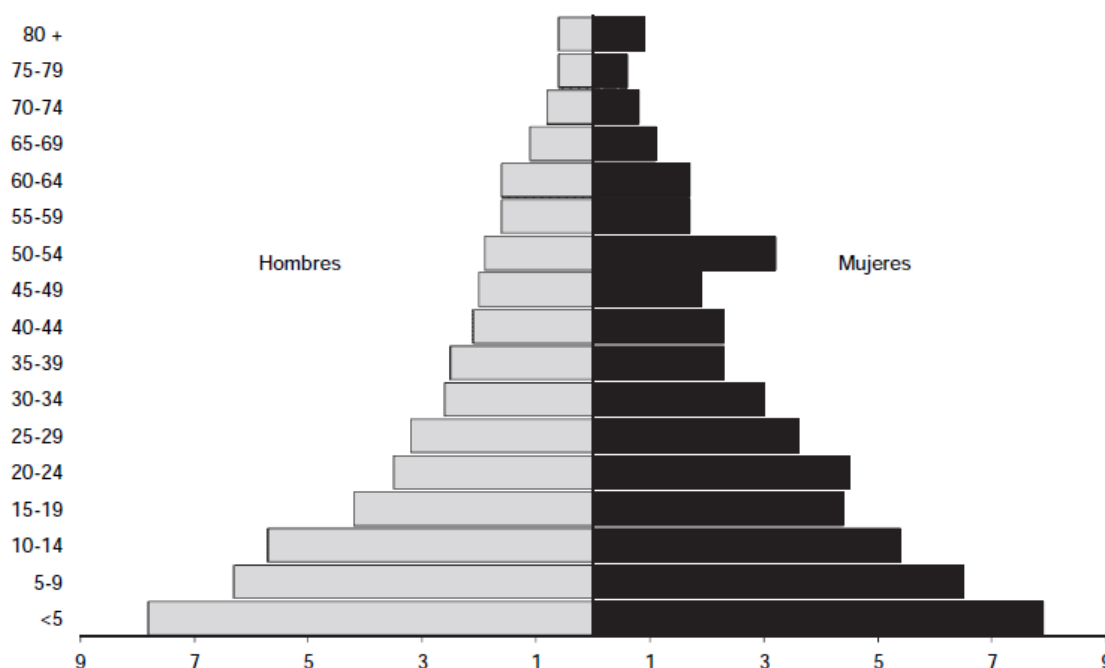
El ámbito de la salud se sitúa como un objetivo preferente de mejora y la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio y las metas fijadas para alcanzar la categoría de país emergente guían la voluntad política para enfrentar las reformas necesarias en un sistema de salud fragmentado. La salud ha sido un tema recurrente en la vida política del país principalmente centrada en problemas concretos (VIH o salud mental por ejemplo) aunque también entrando en problemas estructurales más amplios (estrategia de APS). Esta voluntad política se refleja, por un lado, en el incremento de los recursos puestos al servicio del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MINSABS) en los presupuestos generales del estado en los últimos años (ver más abajo apartado de financiación del sistema de salud) y,

por otro, por la inclusión de varios objetivos de salud en el plan general de desarrollo del país “Plan Horizonte 2020” donde se establecen las prioridades nacionales (26).

## 2.2. Situación demográfica y perfil sanitario

Utilizando los datos del último censo realizado en 2001 en el país, viven en Guinea Ecuatorial 1.014.999 personas, de las que 50,6% son hombres (31). Tiene una estructura de población joven con un 47,3% menores de 15 años (Figura 3). Datos más recientes del Ministerio de planificación y Desarrollo Económico de Guinea Ecuatorial estimaban una población de 1.622.000 habitantes en el año 2010, con una pirámide de población expansiva (2,78% del total de personas son mayores de 65 años y 38,9% son menores de 15 años).

**Figura 3. Pirámide poblacional de Guinea Ecuatorial (censo 2001)**



Fuente: III Censo General de Población y Viviendas de Guinea Ecuatorial (31)

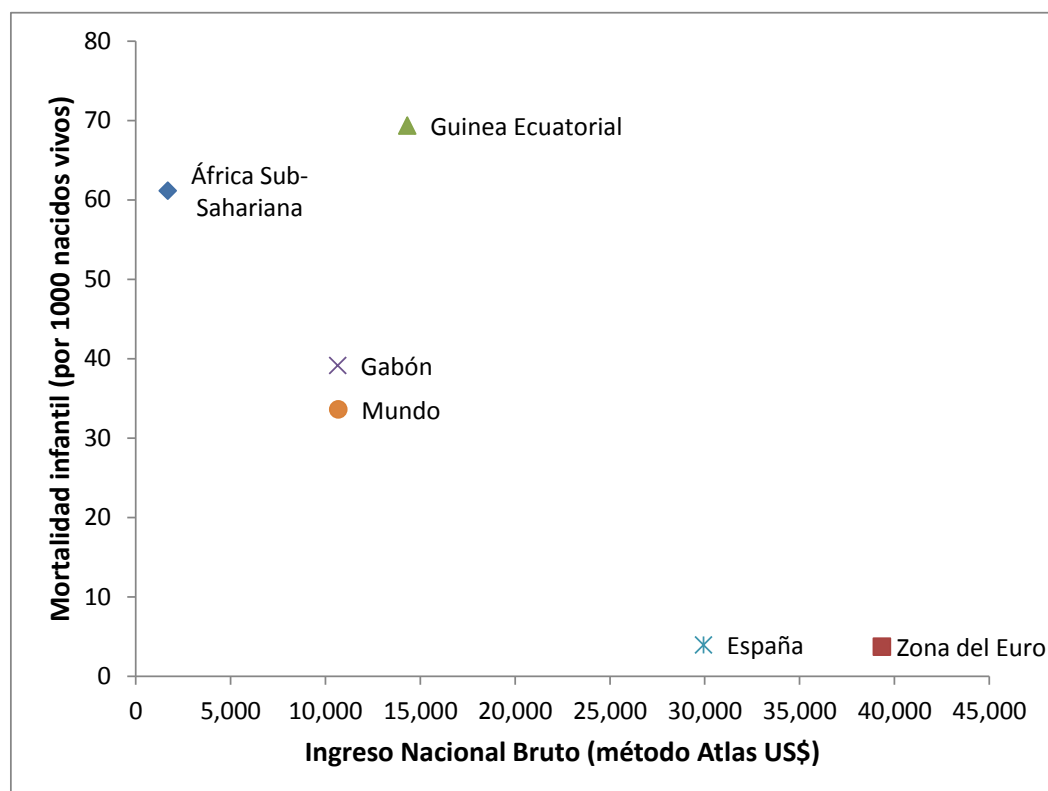
Estas estimaciones poblacionales han sido cuestionadas desde diversos foros e instituciones y, por ejemplo, la estimación actual de la OMS para el país es de 757.000 habitantes (32). Asimismo, el Programa Nacional de Lucha contra el Paludismo en Guinea

Ecuatorial estima que en el país vivían en el año 2010 entre 654.496 y 820.504<sup>2</sup>, valores calculados ajustando los datos del censo del 2001 con la tasa de crecimiento propuesta por el US Bureau of Census en el primer caso y el encontrado en una encuesta poblacional realizada en la Isla de Bioko en 2007 en el segundo caso. La distribución de la población en el país entre rural y urbano es también incierta. Las estimaciones más recientes datan del año 2001 y apuntan que entre un 60% y un 70% de la población vivía en zonas rurales. Teniendo en cuenta el grado de desarrollo urbano alcanzado en los últimos 15 años, es muy poco probable que esas cifras sean realistas en la actualidad.

Según arrojan los datos de la última encuesta demográfica de salud en 2011, la esperanza de vida al nacer en Guinea Ecuatorial es de 59 años en promedio (57 años para hombres y 61 años para mujeres). Cada mujer tiene como media 5.1 hijos y únicamente un 12.6% de ellas utilizan algún método anticonceptivo (33). Las mujeres embarazadas se enfrentan a una tasa de mortalidad materna de 308 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Aunque la mortalidad infantil e infanto-juvenil ha disminuido en la última década, el país presenta todavía una mortalidad excesiva en relación a su nivel de renta (Figura 4). La mortalidad infantil ha bajado de 93 muertes en menores de 1 año por cada 1000 nacidos en vivos en 2001, a 65 muertes por 1000 nacidos vivos en 2011 (33).

---

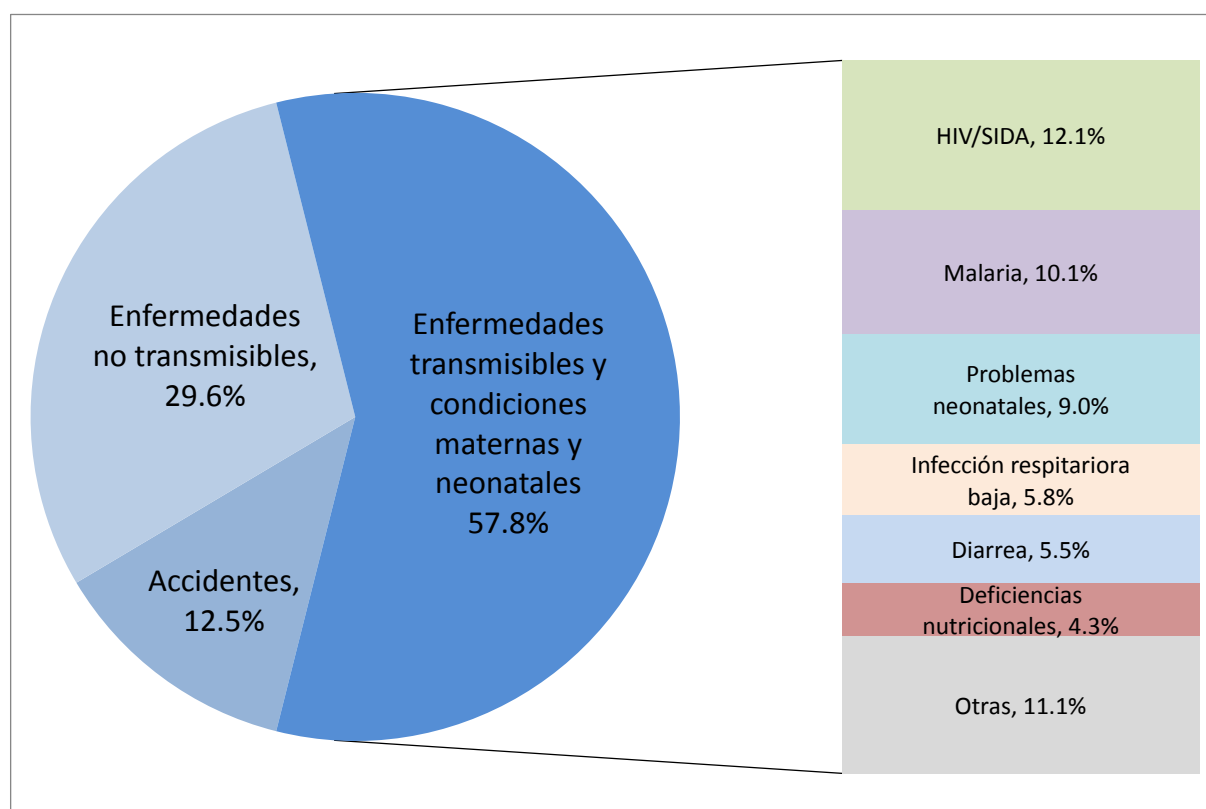
<sup>2</sup> Presentado en el taller de formulación del Plan Nacional de Lucha contra la Malaria en 2011 en Luba (Guinea Ecuatorial)

**Figura 4. Relación entre mortalidad infantil e ingreso nacional bruto.**

Fuente: Banco Mundial para el año 2013 (29)

La mayor parte de los países africanos se encuentra en un periodo de transición epidemiológica, en el que la carga de enfermedad por enfermedades transmisibles y relacionadas con el embarazo está disminuyendo progresivamente, en favor de enfermedades no transmisibles más relacionadas con hábitos de vida poco saludables (ej. cardiopatía isquémica o cáncer) y una mayor esperanza de vida (34). Guinea Ecuatorial está sufriendo lo que ha venido en llamarse como la “doble carga de enfermedad” ya que, sin haber disminuido significativamente la carga de enfermedades transmisibles, están apareciendo enfermedades no transmisibles en la población (35). Datos del último estudio de carga de enfermedad realizado en 2012 (36), apuntan que un 57,8% de los años de vida perdidos por muerte o discapacidad (AVAD) en el país correspondían a enfermedades transmisibles y del embarazo, 29,6% fueron debido a enfermedades no transmisibles y el 12,5% a accidentes (Figura 5).



**Figura 5. Carga de enfermedad en Guinea Ecuatorial.**

Fuente: Estudio de carga de enfermedad 2010 (36)

Según datos del MINSABS en el año 2010, el paludismo es la enfermedad más vista en las consultas y hospitales del país, y presenta una incidencia de 143 por 1000 habitantes (37). En la Encuesta Demográfica de Salud de Guinea Ecuatorial (EDSGE) del 2011 se estimó que la prevalencia de VIH en población general era del 6,3 % con importantes diferencias entre hombre y mujeres (3,8% y 8,4% respectivamente) y entre zonas urbanas y rurales (4,9% y 8,0% respectivamente) (33).

Las estimaciones del estudio sobre la carga de enfermedad para Guinea Ecuatorial en relación a enfermedades no transmisibles, se diferencian considerablemente de los datos recogidos por el sistema de salud del país, dónde apenas existen casos de hipertensión, cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular aguda (37). Asimismo, en un análisis realizado en 2009 dentro del proceso de preparación de la Política Nacional de Salud Mental, se estimó que el gap de tratamiento de personas que viven con una enfermedad mental era de más del 98% (38).

## 2.3. Sistema de salud de Guinea Ecuatorial

### 2.3.1. Antecedentes del sistema de salud

En el sistema de salud ecuatoguineano, desde los años 80 hasta nuestros días, se observan cuatro periodos diferenciados:

1. 1980-1994 – Descentralización bajo la iniciativa de Bamako
2. 1994-1999 – Desaparición de los éxitos en salud
3. 2000 – 2008 – Crecimiento económico y organización centrada en hospitales
4. 2008 – actualidad – Revitalización de la Atención Primaria de Salud

En el primer periodo, tras la caída del régimen de Francisco Macias Nguema y la subida al poder de Teodoro Obiang Nguema Mbasogo en el año 1979, se produjo un proceso de apertura en las relaciones internacionales del país, principalmente con España, con quien el 23 de Octubre de 1980, firma en Madrid un acuerdo de “Amistad y Cooperación” por el que se estableció un programa de ayudas desde España a Guinea Ecuatorial, con el fin de mejorar las condiciones de vida en las que vivía la población (39). Uno de los elementos principales del programa iba dirigido a fortalecer el debilitado sistema de salud del país. Para ello, personal sanitario español de todos los niveles asistenciales se desplazó a Guinea Ecuatorial como apoyo a las unidades sanitarias. Utilizando la idea de recuperación de costes promovida en la “Iniciativa de Bamako” (40), se estableció, en el Distrito de Evinayong, un sistema descentralizado y auto gestionado que serviría como piloto de las distintas estrategias de salud. En 1984 se firmó un acuerdo entre el Gobierno de Guinea Ecuatorial, la Cooperación Española y la OMS para pilotar en Evinayong un Distrito Sanitario basado en Atención Primaria de Salud. Fue tal el éxito de este pilotaje que en 1986, el país estableció la APS como piedra angular del desarrollo del sistema de salud para la consecución el objetivo fijado por la OMS de “salud para todos en el año 2000” y, obtuvo tal éxito que se extendió al resto de distritos del país se consiguieron indicadores de salud sin igual en África Sub-Sahariana (41).

En el año 1990, el Gobierno se plantea la necesidad de impulsar el desarrollo de los distritos mediante la cooperación intersectorial, por lo que mediante Decreto Presidencial del mismo

año (Decreto 99/1990) (42), se crean en todo el territorio nacional las estructuras de gestión del distrito y se definen sus funciones y composición (42):

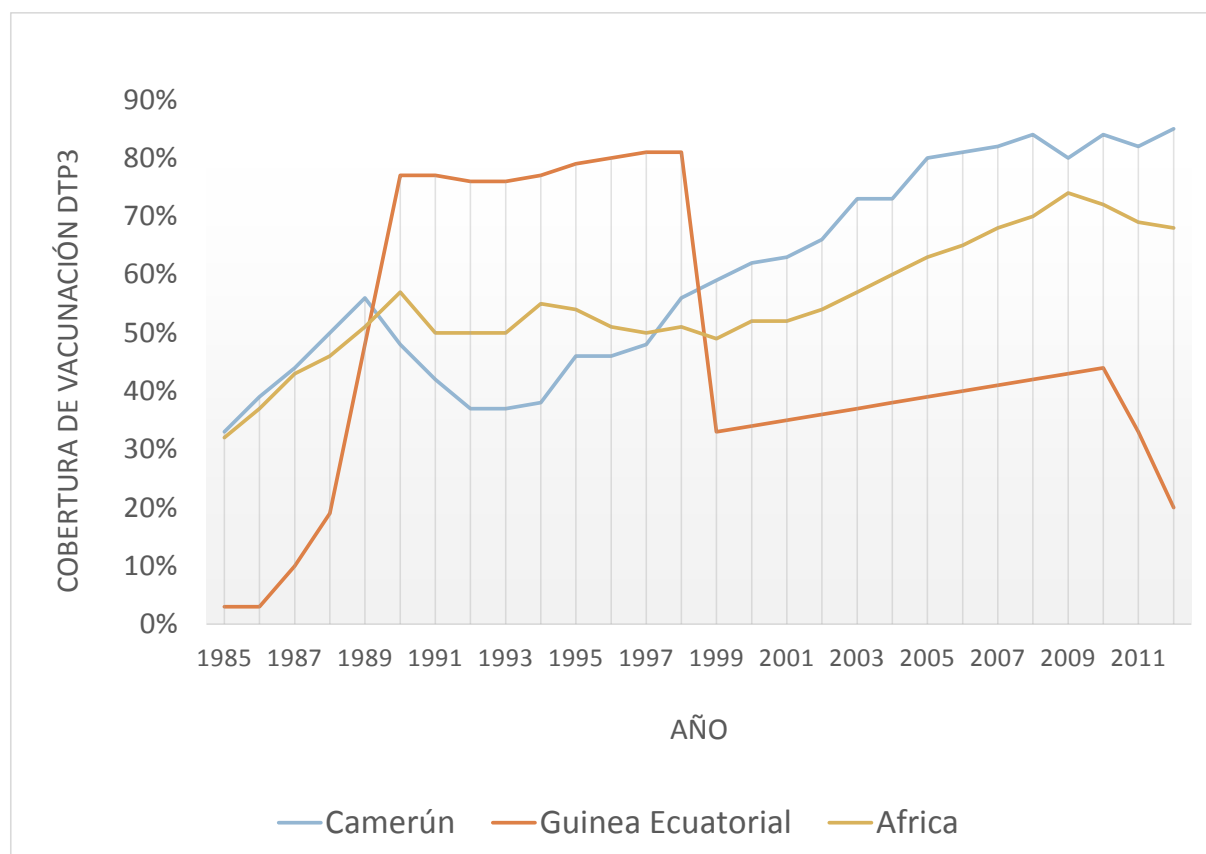
- **Comité Distrital de Desarrollo (CDD):** Es el organismo que, presidido por el Delegado del Gobierno, lleva a cabo la gestión de las iniciativas locales y la aplicación de las directrices nacionales y regionales en materia de desarrollo. Se trata de un órgano multisectorial integrado por el alcalde, los representantes de los distintos servicios e instituciones sociales y religiosas.
- **Comité de salud Distrital (CSD):** Es el organismo encargado del desarrollo del Sector Salud. Con una composición igualmente multisectorial, se encuentra presidido por el Delegado de Gobierno, con frecuencia delegada en el responsable de salud distrital, representantes de los distintos servicios y de las Comunidades elegidas por los Comités de Salud.
- **Equipo de Salud Distrital (ESD):** Es el organismo encargado de ejecutar las actividades de Salud del Distrito, emanadas de los planes operacionales de los Comités de Desarrollo y de Salud del Distrito. Su objetivo es garantizar la mejora de la salud del individuo, la familia y la comunidad, a través del desarrollo de la estrategia de APS en el Distrito. Presidido por el Director del Distrito Sanitario, en su composición se incluyen miembros como el director de hospital y de los centros de salud, responsables de los equipos de primer nivel y de los programas verticales, administrador del hospital, responsable de personal y representantes de los agentes de salud.

Sin embargo, a pesar de la creación formal de dichas estructuras y del impulso inicial que esto supuso, no llegaron a ponerse en marcha de forma efectiva.

En 1994, el Gobierno de España considera que Guinea Ecuatorial no está dando suficientes pasos hacia la creación de un sistema democrático y rompe de forma unilateral el acuerdo de colaboración entre ambos países (43). Como consecuencia, los recursos humanos y financieros provenientes de la Cooperación Española y que sostenían gran parte del sistema de salud desaparecieron. El impacto que tuvo esta salida de la Cooperación Española en el

desempeño del sistema de salud fue considerable y, como consecuencia, la mayor parte de los logros en salud conseguidos en la década anterior se pierden y el país vuelve a la situación sanitaria previa a la llegada del apoyo español (Figura 6).

**Figura 6. Cobertura vacunación de DTP3 en menores de 1 año (1984-2010).**



Fuente: Banco Mundial (29)

El tercer periodo en el desarrollo del sistema de salud, desde el 2000 hasta el 2008, coincide con un crecimiento económico del país sin igual en todo África y una visión centrada en servicios curativos (hospitalarios principalmente), visión potenciada por la llegada masiva de médicos de la Cooperación Cubana a los hospitales distritales.

Con la II Conferencia Económica Nacional celebrada en Bata el 12-14 de Noviembre de 2007, dónde se estableció una hoja de ruta que identificaban las prioridades nacionales para el desarrollo del país, comienza el cuarto periodo de desarrollo. Esta hoja de ruta, llamada “Plan de Acción Horizonte 2020” recogía varios objetivos de salud entre los que se encontraban (26):

- Reforzar la organización y los mecanismos de coordinación y de gestión del sistema sanitario nacional
- Mejorar la oferta, la demanda informada, el acceso y la calidad de los servicios de salud para toda la población
- Mejorar la salud de la madre y la mujer
- Mejorar la salud de los niños, jóvenes, adolescentes y hombres
- Reforzar la lucha contra las enfermedades endémicas
- Reforzar la vigilancia y la respuesta de otras enfermedades endémicas

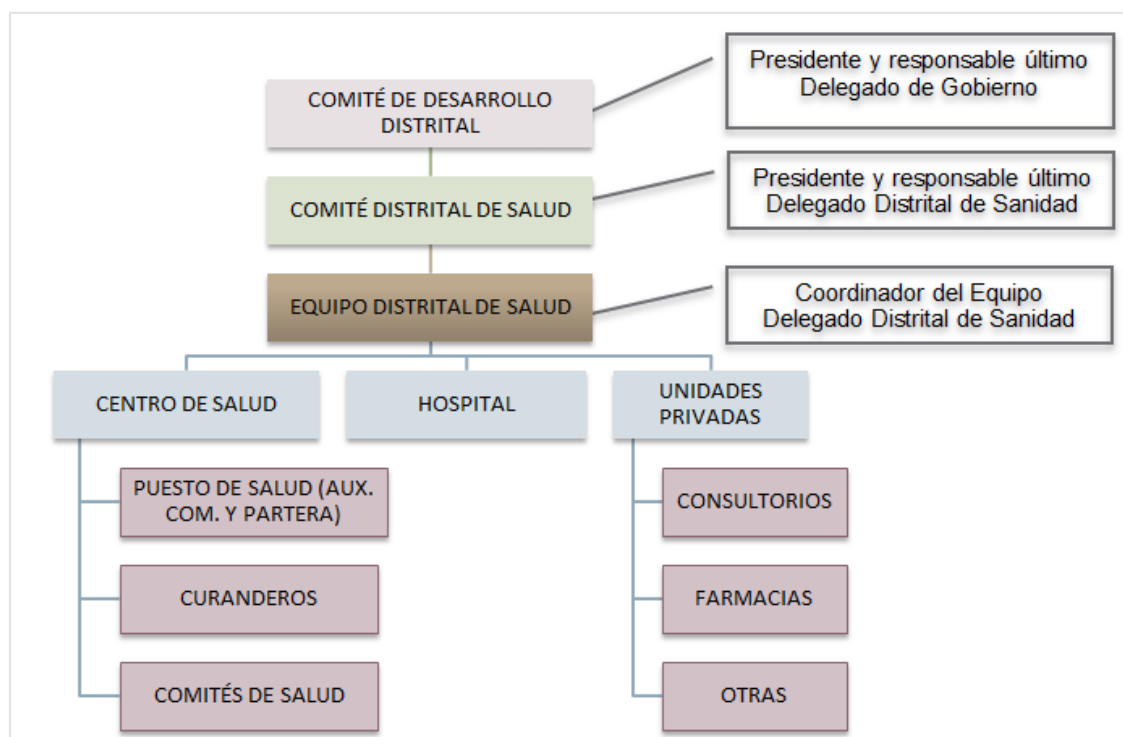
En 2008, coincidiendo con el 30 aniversario de Alma Ata y la campaña de relanzamiento de la Atención Primaria de Salud realizada por la OMS a nivel mundial (16), en Guinea Ecuatorial se celebró la conferencia “Salud para Todos: Horizonte 2020” presidida por el Jefe del Estado y representación de los distintos actores en salud como el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MINSABS), distintos organismos bilaterales (AECID y Cooperación Cubana), multilaterales (OMS, FNUAP, ONUSIDA) y sociedad civil trabajando en el sector salud. El objetivo principal de esta conferencia era favorecer un cambio de paradigma en la organización del sistema de salud desde un sistema centrado en los hospitales, a un sistema descentralizado basado en atención primaria de salud. Dicho objetivo se concretó en las recomendaciones emanadas de la conferencia, entre las que se encontraban:

- Puesta en marcha de los Comités de Desarrollo y los Comités de Salud distritales.
- Potenciar los Equipos Distritales de Salud para su operacionalización a través de las formaciones y asignaciones de recursos.
- Elaborar un instrumento para la realización de actividades, seguimiento y evaluación sobre el funcionamiento de los Equipos de Salud distritales.
- Delegados de Gobierno deberían establecer o adoptar reuniones frecuentes para consensuar la toma de decisión y analizar, supervisar y controlar las actividades de APS en el distrito.

- Fomentar la formación de recursos humanos de calidad, sobre todo en materia de salud comunitaria.
- Actualizar el Decreto Presidencial sobre el funcionamiento de los Comités de Desarrollo y los Comités de Salud del distrito.
- Aplicar los mecanismos de descentralización en la puesta a disposición de los recursos para su mejor utilización a nivel del distrito sanitario.

Con el fin de caminar hacia un sistema de salud descentralizado se realizó en Luba, en el 2010, una reunión con los principales actores en salud del país, en la que se dibujó la estrategia que se debía seguir en los distintos niveles del sistema de salud (44). Uno de los principales resultados de esta reunión fue el diseño de la estructura de gestión del distrito sanitario (Figura 7). Asimismo, se identificaron como prioritarias las acciones dirigidas a la creación de planes de acción anuales en los distritos, a fortalecer la capacidad de gestión de los equipos distritales de salud y a aumentar la participación comunitaria. También se decidió revisar el paquete esencial de servicios de salud por niveles y proveer de las herramientas de gestión necesarias a los equipos de salud distritales.

**Figura 7. Estructuras de gestión del distrito sanitario en Guinea Ecuatorial.**



Fuente: (44)

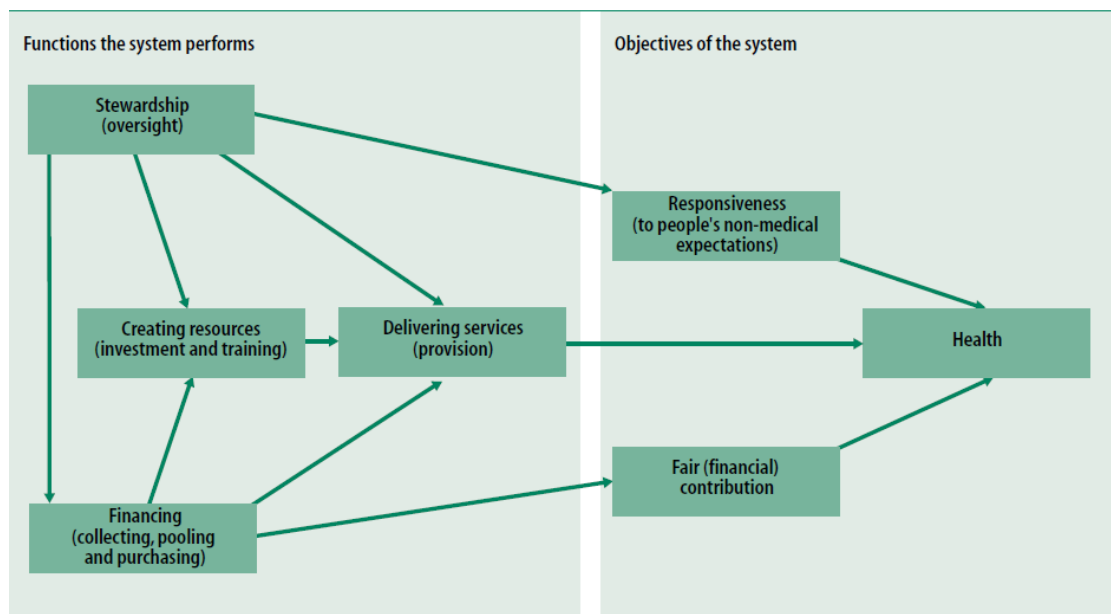
En el año 2011 se revisó el paquete esencial de servicios de salud (45), se hizo un análisis del desempeño de las unidades sanitarias (centros y puestos de salud) del país (46), se propuso el nuevo reglamento de funcionamiento para centros y puestos de salud, y comenzó un programa de formación para aumentar la capacidad de los ESD para realizar la gestión del distrito sanitario (47). Este curso terminó en 2012 con la presentación de los 18 planes anuales de acción distrital, en el que los ESD presentaron al MINSABS los objetivos, actividades y presupuesto necesarios para el año 2013.

### **2.3.2. Desempeño del sistema de salud de Guinea Ecuatorial**

En el año 2000, la OMS estimó que el sistema de salud de Guinea Ecuatorial se encontraba en la posición 171 en relación a su desempeño (siendo el 184 el sistema de salud con peor desempeño) (48). Esta posición venía definida por los logros conseguidos por el sistema de salud en 4 áreas principales: resultados en salud, capacidad de respuesta a las necesidades de la población, equidad en la distribución de la carga financiera y el gasto sanitario per cápita. El sistema de salud de Guinea Ecuatorial presentaba en el 2000 unos resultados en salud pobres, no respondía a las expectativas de la población y suponía una carga desigual para las familias con distinta renta donde las familias con menor renta soportaban una mayor carga que las familias con rentas superiores. El informe y su metodología recibió multitud de críticas y sus resultados fueron ampliamente contestados (49-51)], pero a pesar de ello, el informe nos da una idea del desempeño global del sistema de salud en Guinea Ecuatorial en ese tiempo.

No se ha encontrado ninguna evaluación reciente del sistema de salud de Guinea Ecuatorial y, por tanto, se presenta aquí un breve análisis del mismo. Se ha estructurado el análisis en torno a las distintas funciones que tiene el sistema de salud: rectoría, generación de recursos, financiación y provisión de servicios (Figura 8) (50).

**Figura 8. Funciones del sistema de salud tomadas del Informe de la Salud Mundial de la OMS del año 2000.**



Fuente: (50)

### 2.3.2.1. Rectoría (Stewardship)

De acuerdo a la definición de la OMS, la rectoría en salud comprende asegurar que existan políticas y estrategias para guiar el desempeño del sistema de salud unido a una supervisión efectiva, provisión de regulaciones e incentivos adecuados, atención al diseño del sistema y rendición de cuentas a la población. Las funciones principales que integran este componente son:

- Definir la visión que guiará las distintas intervenciones en salud, así como acompañarla de políticas, leyes y regulaciones que permitan conseguir los objetivos fijados
- Recoger la información necesaria y de calidad para tomar decisiones
- Supervisión y vigilancia de todo el sistema de salud
- Gestión de los recursos para salud y definir la distribución de los mismos

En términos de estructura, el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social es el organismo ejecutivo del Gobierno en el ámbito de la salud. Administrativamente, el MINSABS se organiza en tres niveles de gestión (52):



- Un Nivel Central, constituido por el Ministerio de Sanidad y bienestar Social (MINSABS), las cooperaciones internacionales y otros sectores ligados a la salud y que se encarga de la formulación de las políticas, estrategias y directrices a nivel nacional y la gestión de los programas a nivel nacional, entre otras funciones.
- Un Nivel Intermedio, constituido por las Delegaciones Regionales y Provinciales y los hospitales de estos mismos niveles, cuyas funciones incluyen transformar las políticas y estrategias nacionales en planes operacionales y la gestión a nivel regional/provincial.
- Un nivel periférico, estructurado a su vez en tres niveles asistenciales y cuyas funciones incluyen la ejecución de los planes operacionales y la gestión a nivel distrital:
  - Primer nivel: Puesto de Salud (agente de Salud)
  - Segundo nivel: Centro de Salud (ATS y Auxiliares de enfermería)
  - Tercer nivel: Hospital Distrital (médicos, ATS y auxiliares)

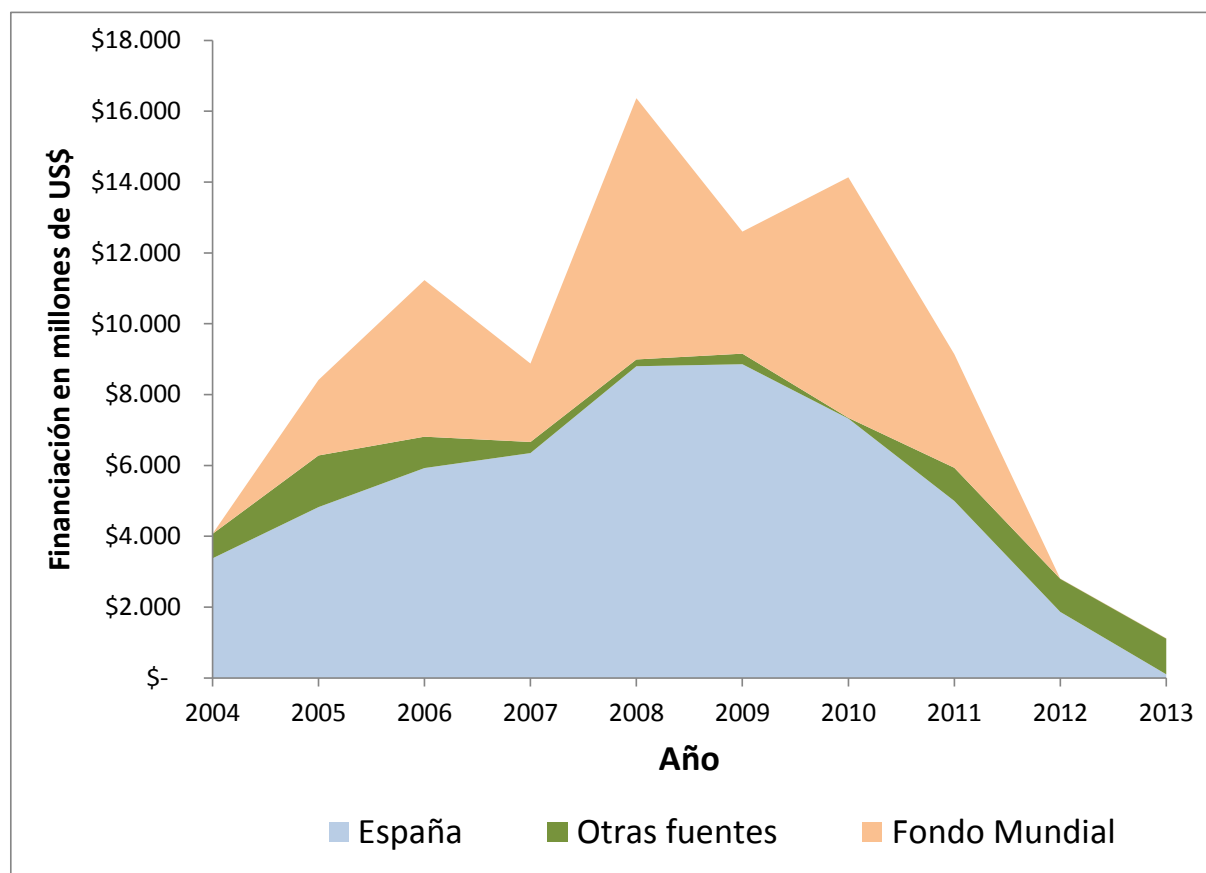
En el nivel central, el Ministerio de Salud es el principal responsable de la elaboración de políticas, la planificación estratégica y la asignación de recursos. Regiones y provincias coordinan las actividades de los programas y proporcionan apoyo logístico a los distritos. La función principal de los distritos es la implementación y seguimiento de los diferentes programas. Las estructuras centrales de los programas nacionales de enfermedades en Guinea Ecuatorial (ej. VIH, malaria, vacunación...) son parte de la Dirección General de Salud Pública y Prevención de Enfermedades del Ministerio de Salud y son responsables de la política y la orientación estratégica para la prestación de servicios. Para algunos programas de enfermedades tales como el programa de tuberculosis o el programa ampliado de inmunización (PAI) funcionarios regionales y de distrito son responsables de coordinar las actividades en su área de influencia, así como para llevar a cabo el seguimiento y la supervisión de la ejecución del programa regular. Por otro lado, los programas de enfermedades, tales como el Programa Nacional de Lucha contra la Malaria o el Plan Nacional de Lucha contra el VIH / SIDA, operan de manera más vertical, donde los niveles centrales del Ministerio de Salud tienen más papel operativo.

### **2.3.2.2. Financiación (Financing)**

Un buen sistema de financiación genera recursos suficientes y establece los incentivos adecuados para los proveedores de servicios de salud, como para asegurar que todas las personas puedan acceder a los servicios sin que suponga dificultades financieras por hacerlo (53). Por tanto, la función de financiación no está representada solo por el gasto en salud del país, sino también por los sistemas de protección social existentes (ej. seguros de salud) y por la eficiencia global del sistema. Las sub-funciones asociadas a la financiación del sistema de salud son: recaudación, mancomunación de riesgos y fondos y contratación de servicios.

La recaudación de ingresos se refiere, tanto a las fuentes de financiación del sistema de salud, como quién está proporcionando esos fondos. En la mayoría de los países de renta baja y media, los fondos para la salud provienen de una combinación de recursos internos y externos. El gasto total en salud per cápita (GTS/c) proporciona información acerca de la disponibilidad total de los fondos en el país. El GTS/c en Guinea Ecuatorial se ha incrementado sustancialmente en los últimos 15 años. Se ha pasado de 180,6 US\$ per cápita en 2000 a 1.413,7 US\$ en 2012, con un pico de 1.653,0 US\$ en 2009 (32). Esta cifra es significativamente más alta que el promedio africano en el que la media regional para 2012 era 206,0 US\$ per cápita. Por otro lado, si comparamos el GTS/c de Guinea Ecuatorial con el de países de renta similar, éste está bastante por debajo (29).

Los recursos externos (ayuda al desarrollo) para la salud han tenido fluctuaciones sustanciales en los últimos 20 años. Los recursos externos alcanzaron su nivel máximo en 2002, cuando representaban el 16,9% del gasto total en salud en la salud y actualmente suponen poco más del 1 % del gasto total en salud (54). Cuando analizamos la financiación proveniente del exterior para salud a través de ayuda internacional (), se observa que España es uno de los donantes con más peso y más estable en el tiempo de todos ellos. A pesar de esto, la financiación externa para salud en 2013 no llegaba a 2 millones de dólares americanos para todo el país.

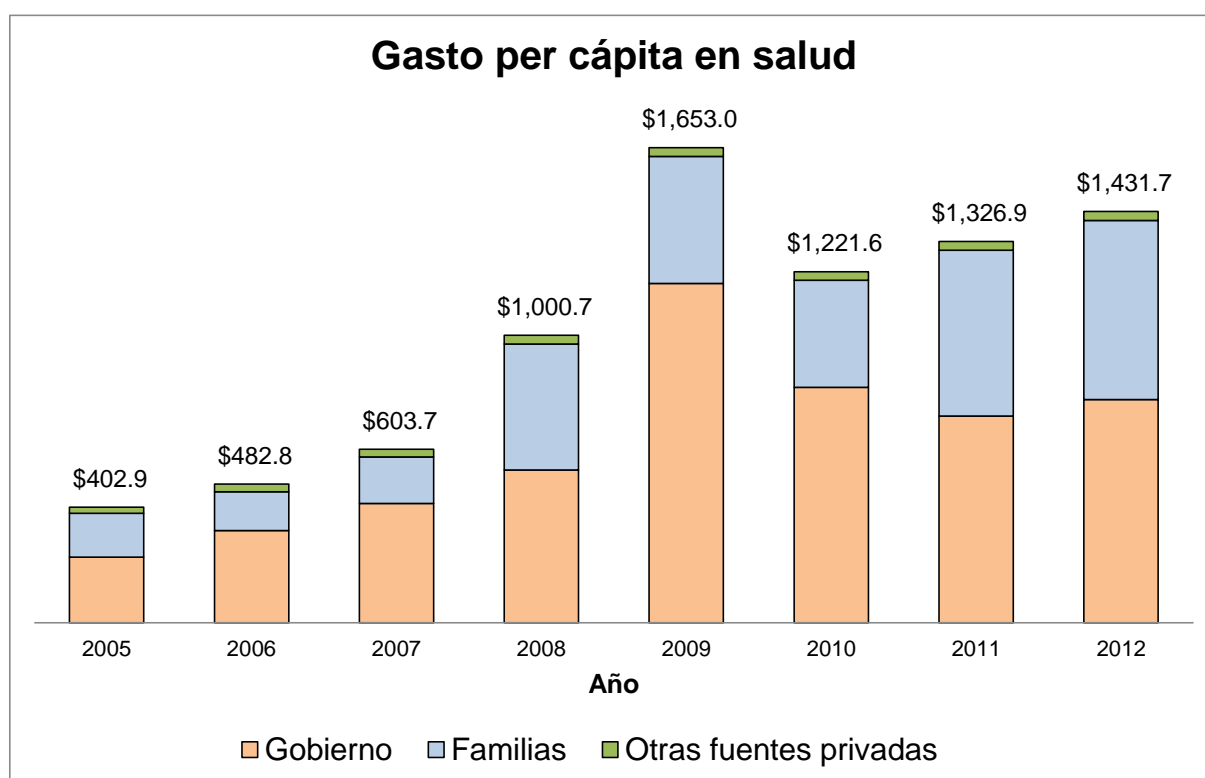
**Figura 9. Evolución de la ayuda oficial al desarrollo para Guinea Ecuatorial (2004-2013)**

Fuente: Banco Mundial (29)

Cuando nos fijamos en la desagregación del GTS/c (Figura 10) vemos que a pesar de que el gasto público en salud ha aumentado desde el año 2000, el gasto de las familias (en contraposición al gasto del estado) también ha aumentado hasta alcanzar el 44% del GTS/c en 2012 (32). Una de las razones de este elevado gasto de las familias es que todas las instalaciones en el sector público se mantienen, en parte, por la existencia de fondos rotatorios como consecuencia de la aplicación de la Iniciativa Bamako en los años 90. Como consecuencia, los pacientes deben pagar por las consultas y los medicamentos recibidos en la mayor parte de los casos, aunque algunas intervenciones (diagnóstico y tratamiento de malaria o VIH) están subvencionadas. Este fondo rotatorio debería cubrir todos los gastos farmacéuticos así como pequeñas mejoras en la infraestructura y mobiliario. El fondo rotatorio es administrado por cada unidad sanitaria y no se tiene la certeza del volumen de fondos que representa en general.

Si se compara el gasto del gobierno en salud con el PIB per cápita (riqueza del país), apreciamos que aumentos en el gasto total por parte del gobierno no se han traducido en un aumento de los recursos para el sistema de salud. El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total fue de 8,7% en 2000 y disminuyó al 7,0% en 2012.

**Figura 10. Evolución del gasto per cápita en salud en Guinea Ecuatorial.**



Fuente: Banco Mundial (29)

La segunda función relacionada con la financiación del sistema de salud es la mancomunación (*pooling*) del riesgo de las personas y de los fondos disponibles. Esta función se suele relacionar con la existencia de seguros de salud de un régimen específico (por ejemplo seguro social de salud), o un “pool” general como los basados en impuestos generales (ej. sistema español). Uno de los mejores indicadores de esta función es la proporción de personas que han sufrido un gasto que le ha llevado a la bancarrota debido a un problema de salud (gasto catastrófico en salud) pero, al no haber datos para Guinea Ecuatorial relativos a este indicador para Guinea Ecuatorial, se utiliza el gasto de las familias como alternativa. El gasto de las familias se ha incrementado en la última década desde 33,6 US\$ per cápita en 2000 hasta los 632 US\$ per cápita en 2012 (32).

De acuerdo con los resultados de las Cuentas Nacionales de Salud publicadas por la OMS para Guinea Ecuatorial (32), no existe a día de hoy un sistema de seguro social en el país, realidad que contrasta con el hecho de que los funcionarios públicos y los trabajadores del sector formal, pagan una contribución obligatoria al Instituto de la Seguridad Social de Guinea Ecuatorial (INSESO), el cual tiene su propia red de establecimientos de salud en el país y ofrece servicios de salud a todos los asegurados a un costo reducido.

Por último, la contratación de servicios se refiere al conjunto de procesos de transferencia de fondos a los proveedores de salud para asegurar que los servicios están disponibles para la población y son eficientes. En contraste con lo que se puede encontrar en otros países, la función de compras no está separada de la prestación de servicios en Guinea Ecuatorial. Por lo tanto, los servicios de salud en el sector público se financian directamente desde el Ministerio de Salud a través de las provincias y distritos.

#### **2.3.2.3. *Generación de recursos e inversión (Creating resources)***

Una de las funciones cruciales del sistema de salud es conseguir que la oferta de recursos para la implementación de las acciones en salud sea la adecuada (48). Los recursos, tanto de capital como recurrentes, han de ser accesibles en tiempo y forma para tener un desempeño correcto dentro del sistema de salud.

Al igual que ocurre en otros muchos países africanos, existe una escasez considerable de recursos humanos en el sistema público a pesar de que, desde hace 10 años, la Universidad Nacional de Guinea Ecuatorial forma profesionales sanitarios. La causa de la escasez reside en el hecho de que muchos de los profesionales formados, o bien trabajan en la sanidad privada o bien desempeñan tareas de gestión (sobre todo los médicos). Esta realidad puede ser la causa de que varias categorías profesionales se encuentran realizando tareas de un nivel superior al que le correspondería por formación (los auxiliares realizan labores de ATS, los ATS trabajan como médicos, pasando consulta en los centros de salud). Según datos de la OMS para el año 2004, en el país hay aproximadamente un médico por cada 3.300 habitantes, un enfermero o matrona por cada 1.800 habitantes, un

farmacéutico por cada 4.100 habitantes y un técnico de laboratorio por cada 5.800 habitantes (32).

En la actualidad, existe un centro hospitalario en cada cabecera de distrito aunque algunos de ellos cuenten con poco más de 2000 habitantes. Asimismo, se han construido varios centros de salud por el país pero parcialmente equipados, hecho constatado en la gira de supervisión de APS de 2010 en la que se comprobó que cerca de un 50% de los centros no estaban funcionando (55).

#### **2.3.2.4.      *Provisión de servicios (Delivering services)***

La provisión de servicios en Guinea Ecuatorial se caracteriza por ser un sistema a fragmentado con un creciente poder de las instituciones privadas. Podemos encontrar tres sistemas bien diferenciados: sistema público, INSESO y sanidad privada.

En las unidades sanitarias del sistema público se ofrece un paquete esencial de servicios que está parcialmente financiado por el Gobierno. Desde la adopción de la iniciativa de Bamako en los 80's los pacientes deben pagar una parte de los gastos de la asistencia sanitaria (40). Aunque con mucha resistencia por parte de distintos órganos del MINSABS, la evidencia en torno al impacto negativo en la salud que tiene el copago (*user fees*) de los servicios sanitarios, el Gobierno decidió en 2006 ofrecer de forma gratuita un paquete de servicios centrado en enfermedades prevalentes (paludismo y diarrea), salud materna (control prenatal y parto) y salud del niño (gratuidad en todos los servicios para menores de 5 años) (56). Aunque no se ha estudiado el impacto en la accesibilidad al sistema de salud con la ruptura de la barrera económica, si se ha visto un incremento del número de consultas por estos procesos (56).

Otro gran proveedor de servicios sanitarios es el Instituto de la Seguridad Social (INSESO) Como se dijo anteriormente, se financia con las aportaciones de las empresas y los trabajadores del sector formal. Tiene una red de unidades sanitarias repartidas por todo el país a las que solo se accede si se está al corriente del pago de las aportaciones. Tanto la financiación como la provisión y la organización son independientes del MINSABS y dependen orgánicamente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

El sector privado en la provisión de servicios ha crecido considerablemente en los últimos años y, aunque no hay cifras oficiales, su presencia es evidente en las grandes ciudades (Malabo y Bata).

Por último, aunque no se consideran dentro del sector formal de provisión de servicios sanitarios, deben tenerse en cuenta la acción de curanderos nacionales y extranjeros como alternativa a la medicina convencional. De hecho, existe una institución encargada de las relaciones con los curanderos (ASOMETRAJE) asociada al MINSABS que intenta tener un censo actualizado y promocionar actividades de integración en el sistema público.

## **2.4. Curso Modular de Equipos Distritales de Salud**

El Curso Modular de Equipos Distritales de Salud, realizado en 2011-2012, se encuadró dentro de un conjunto de acciones puestas en marcha por el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social dirigidas al fortalecimiento de la organización del Distrito Sanitario en Guinea Ecuatorial. Se planteó ante la necesidad de establecer distritos sanitarios operativos en el proceso de descentralización de la gestión sanitaria en Guinea Ecuatorial. Existiendo desde hace años la división administrativa de los distritos sanitarios, con los directores de los hospitales distritales a la cabeza de los mismos, se objetivó la necesidad de proveerles de herramientas para la gestión del distrito de una forma efectiva. Asimismo, se consideró urgente establecer un equipo de profesionales preparados y motivados para desarrollar las tareas propias del Equipo de Salud Distrital en cada distrito sanitario.

El curso fue una adaptación del “Curso para Equipos Distritales de Salud” creado por la Oficina Regional de la OMS para África Sub-Sahariana en 2005 (23, 57-60). Como eje central del curso se colocó la realización del plan operativo anual del distrito basado en un análisis adecuado de la situación sanitaria del distrito y coherente con las políticas y metas nacionales. A lo largo del curso, se ofreció a todos los ESD del país los conocimientos y habilidades prácticas necesarias para realizar el plan anual y presentarlo al MINSABS para financiación.

El curso se ha desarrollado en 4 módulos formativos. Cada uno de ellos se ha dividido en un componente teórico presencial y un trabajo de campo totalmente práctico y desarrollado por los ESD en los distritos:

- Módulo 1: Conocer el distrito (áreas de influencia, unidades sanitarias, actores en salud, población...) y darse a conocer a las diferentes autoridades locales.
- Módulo 2: Supervisar las unidades sanitarias presentes en el distrito sanitario y conocer los recursos disponibles (especial atención en las farmacias).
- Módulo 3: Información Sanitaria. Recolección y análisis de datos.
- Módulo 4: Planificación y distribución de los recursos.

El componente teórico se ha impartido en aproximadamente 4-5 días cada uno (a excepción de los módulos 3 y 4 que se unieron por razones prácticas) entre Julio de 2011 y Marzo de 2012. Los facilitadores fueron personal del MINSABS con apoyo por parte de personal expatriado con amplia experiencia en sistemas de salud y específicamente en el fortalecimiento del sistema de salud de Guinea Ecuatorial.

El componente práctico se realizó de forma descentralizada en cada distrito. Los ESD estaban apoyados por personal de la Cooperación Cubana y de la Cooperación Española y se creó una herramienta en Microsoft Excel para guiar las actividades prácticas (Anexo 1. Herramienta para la recogida de datos del estudio de operatividad).





### **3. Justificación e hipótesis**



El presente trabajo pretende apoyar el proceso de reforma del sector salud iniciado en Guinea Ecuatorial y que tiene como componente principal la descentralización la gestión del sistema de salud a los distritos con un abordaje basado en atención primaria. En primer lugar, aunque existe evidencia científica evaluando reformas del sector salud en diferentes ámbitos, no se ha podido encontrar ninguna revisión sistemática de la evidencia científica sobre los efectos de la descentralización del sistema de salud en países con bajos recursos. Aunque existen algunas revisiones de la literatura sobre este tema, suelen tener un ámbito geográfico limitado (61), abarcan procesos más amplios de reforma del sector salud y no únicamente la descentralización (6, 62) o han sido realizadas hace más de 20 años (63). Por tanto, se pretende revisar la evidencia científica existente hasta la fecha para entender cuáles han sido los efectos de la descentralización del sistema de salud en países de renta baja y media. Esta revisión también va a permitir identificar las lecciones aprendidas en otros países con una situación similar a la de Guinea Ecuatorial.

En segundo lugar, el MINSABS de Guinea Ecuatorial necesita saber cuál es la situación de operatividad de sus distritos al inicio del proceso para poder definir estrategias e intervenciones que puedan ser efectivas y estén adaptadas a las necesidades de cada área. Para ello se va a evaluar la situación funcional de los distritos sanitarios en el país utilizando la herramienta propuesta por la OMS para África (64).

En resumen, la revisión sistemática de la literatura va a ofrecer la evidencia necesaria para identificar las estrategias y acciones que han sido eficaces en otros países, mientras que la evaluación de la operatividad de los distritos del país va a permitir identificar cuáles de esas estrategias y acciones son las más pertinentes, adecuadas y eficientes en este contexto. Por tanto, se presenta en este documento un estudio de metodología mixta. Para facilitar la lectura y comprensión del estudio, se ha decidido presentar tanto la metodología como los resultados o discusión de la revisión sistemática de la literatura y de la evaluación de la operatividad de los distritos por separado. Los resultados de ambas metodologías serán discutidos de forma conjunta en la discusión para después proponer conclusiones generales utilizando toda la información disponible.



## **4. Objetivos**



#### **4.1. Objetivo general**

Informar el proceso de descentralización del sistema de salud en Guinea Ecuatorial a través de una revisión sistemática de la evidencia existente sobre el efecto de la descentralización en países de renta baja y media, y un análisis de la situación de operatividad de los distritos sanitarios de Guinea Ecuatorial.

#### **4.2. Objetivos específicos**

1. Revisar de forma sistemática la evidencia existente sobre el efecto de la descentralización del sistema de salud sobre la salud de la población y el desempeño del sistema.
2. Describir la situación de operatividad de los distritos sanitarios en Guinea Ecuatorial usando una herramienta estandarizada de evaluación de la OMS





## **5. Material y métodos**



## 5.1. Material y métodos de la revisión sistemática de la literatura

Para la realización de la revisión sistemática de la evidencia científica que se presenta en este trabajo, se ha utilizado la metodología estándar descrita en el manual Cochrane (65) y se va a presentar siguiendo los criterios de buenas prácticas en la presentación de resultados de revisiones sistemáticas PRISMA (66).

### 5.1.1. Características generales de la revisión

#### 5.1.1.1. Tipos de estudios

Se han incluido estudios con datos primarios cuyo objetivo principal sea el análisis o evaluación de los efectos de la descentralización del sistema de salud, incluyendo estudios con metodología cuantitativa, cualitativa y mixta. Se han excluido, por tanto, estudios que no presentan datos primarios (p.ej. revisiones sistemáticas de la literatura ya existentes) o que no realicen un análisis novedoso de datos secundarios.

Se han considerado relevantes estudios cuantitativos experimentales, cuasi experimentales u observacionales con grupo control o con comparador. Aquellos estudios con una comparación antes vs después de la intervención, fueron incluidos si la situación antes fue definida por los autores del estudio como el control para la comparación. No se incluirán los estudios cuantitativos descriptivos o que analicen el proceso de descentralización de un sistema de salud de forma tangencial.

Se han incluido estudios cualitativos, independientemente del diseño del estudio, si su principal objetivo era el análisis de la descentralización del sistema de salud. Para estudios mixtos, la metodología cualitativa y cuantitativa se ha analizado por separado aplicando los criterios ya mencionados.

#### 5.1.1.2. Tipos de participantes

Mujeres y hombres de cualquier edad que viven en países de renta media o baja según la definición del Banco Mundial para 2014. Se puede acceder a la lista completa de países incluidos en el Anexo 2.

### **5.1.1.3. Tipos de intervención**

Existe una considerable variabilidad en los modelos de descentralización que se han diseñado e implementado en los distintos países (6, 24, 63). La descentralización suele ser un proceso complejo ya que puede afectar a una o varias áreas del sistema de salud y proyecta sus efectos más allá del propio sistema descentralizado. El abanico de opciones que se han puesto en marcha es muy amplio abarcando desde la descentralización de todas las competencias en salud a los distritos hasta la descentralización, únicamente, de la provisión de servicios para una enfermedad concreta. En esta revisión, se ha pretendido ser inclusivo en el rango de modelos de descentralización a analizar al incluir el mayor número de experiencias de descentralización a costa, posiblemente, de aumentar la heterogeneidad de las intervenciones. El ejercicio de agregar el efecto observado en diferentes estudios en función de los distintos modelos de descentralización se realizará en el análisis. Por tanto, se ha incluido en esta revisión cualquier intervención dentro del sector salud o que incluya al sector salud y que conlleve alguna de las siguientes opciones:

- a. transferencia de responsabilidades a niveles organizativos inferiores (delegación),
- b. transferencia de la gestión a niveles administrativos inferiores (desconcentración),
- c. transferencia de la toma de decisiones a un nivel político inferior (devolución).

Se han excluido todas aquellas reformas del sector salud que no conlleven una transferencia de responsabilidad a los niveles inferiores del sistema de salud. En este contexto, reformas del sistema de financiación del sector salud basadas, por ejemplo, en la introducción de un seguro social serán excluidas si no van asociadas a un cambio en la gestión financiera a nivel periférico.

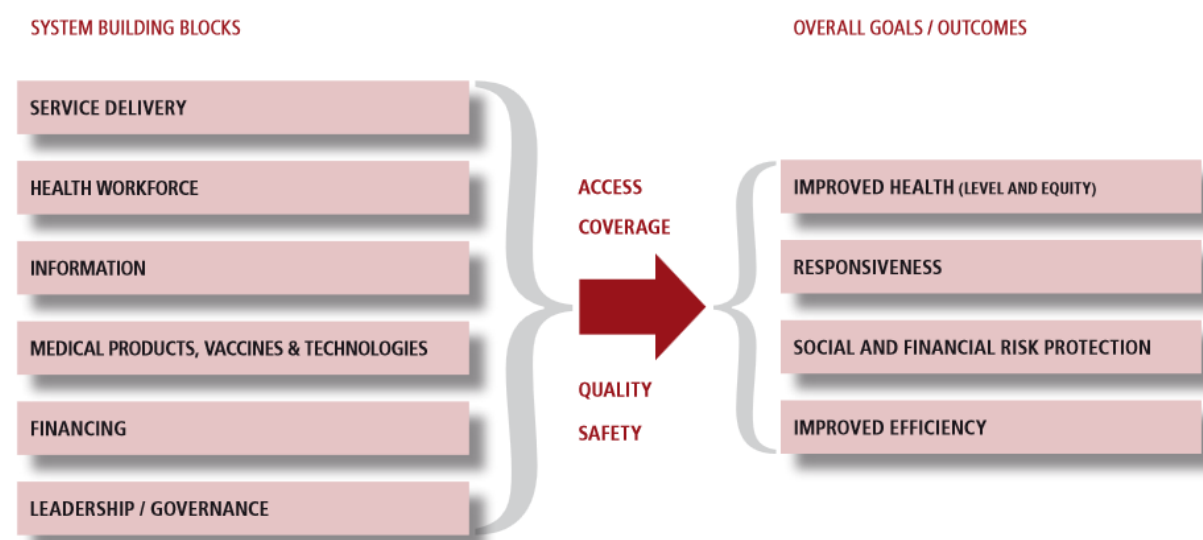
Para ser incluidos, los estudios deben presentar los datos de forma comparativa a la hora de evaluar el efecto. Este comparador o control puede ser un grupo sin intervención o un grupo que tiene un sistema más centralizado (incluyendo comparaciones antes vs después de la descentralización).

#### 5.1.1.4. Tipos de medida de efecto

Como en el caso de las intervenciones, se ha encontrado una gran disparidad de indicadores de efecto de la descentralización, que han ido desde opiniones de personas que vivieron el proceso de descentralización, hasta mejoras en tasas de incidencia de enfermedades. Con el fin de cumplir con el objetivo general de este trabajo de informar el proceso de descentralización en Guinea Ecuatorial, se ha considerado más adecuado realizar un “mapeo” de todos los resultados presentados en los distintos estudios, que obtener unas pocas medidas de efecto que sean transversales a los diferentes estudios. Por tanto, en lugar de extraer sólo aquellas medidas de efecto que puedan ser agregadas en un meta análisis, y por tanto homogéneas entre sí, se han extraído todas las medidas de efecto presentadas en los estudios. Con ello conseguimos no perder una parte de la evidencia existente en este ámbito que puede ser de ayuda en la toma de decisiones en el proceso de descentralización de Guinea Ecuatorial.

Las medidas del efecto de la descentralización se han organizado en función del área o “building block” al que están referidas (1) (Figura 11) y cada efecto extraído se ha categorizado como positivo, neutro o negativo para la salud de la población o para el desempeño general del sistema de salud.

**Figura 11. "Building blocks" de los sistemas de salud.**



Fuente: (1)

### 5.1.2. Estrategia de búsqueda

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en 3 bases de datos (MEDLINE, Embase y PsycInfo) para todos los años disponibles hasta Mayo del 2015 usando los siguientes términos de búsqueda combinados con “OR” en la plataforma OvidSP:

- District Adj5 system\*.ti,ab.
- District Adj5 service\*.ti,ab.
- District Adj5 management.ti,ab.
- Distrital.ti,ab.
- decentrali\*ation.ti,ab.
- decentrali\*ed.ti,ab.
- (primary care or primary health care or primary healthcare or primary medical care).ti,ab.
- Local Adj3 service\*.ti,ab.
- Local Adj3 system\*.ti,ab.
- Local Adj5 management.ti,ab.
- District officer.tw
- district adj5 team\*.tw
- Health Adj3 reform

Asimismo, se ha realizado una búsqueda manual de las referencias de las revisiones de la literatura encontradas y en páginas web de organismos internacionales e instituciones relevantes. Algunos ejemplos son:

- OMS incluyendo las oficinas regionales
- Banco Mundial
- Banco Interamericano de Desarrollo
- Banco Africano de Desarrollo
- UNICEF

No se ha limitado la búsqueda por año de publicación, tipo de revista o cualquier otro criterio. Se han realizado todos los esfuerzos posibles por encontrar tanto estudios publicados en revistas científicas, como aquellos considerados como “literatura gris” (ej. informes, tesis doctorales...).

### 5.1.3. Selección de los estudios

Una vez realizada la búsqueda, se han eliminado duplicados usando la herramienta que provee el motor de búsqueda OvidSP y las referencias han sido exportadas a Endnote. El proceso de selección de los estudios se ha realizado en dos fases. En primer lugar se identificaron los estudios “no relevantes” utilizando el título y resumen disponible en el artículo publicado. Aquellos artículos que cumplían alguno de los criterios de exclusión fueron considerados como no relevantes y no se incorporaron en la siguiente fase. Para los artículos considerados como “relevantes” se obtuvo el texto completo de los mismos. En la segunda fase, aquellos artículos que cumplían alguno de los criterios de exclusión para título y resumen o texto completo fueron considerados como “excluidos”. Los criterios de exclusión utilizados en la fase de relevancia (título y resumen) y de inclusión (texto completo) pueden verse en el Tabla 2.

**Tabla 2. Criterios de exclusión de los artículos encontrados.**

#### **Criterios de exclusión (título y resumen)**

1. No es un país de renta baja o media según la clasificación del Banco Mundial
2. La descentralización no se refiere al sector salud
3. No realiza un análisis en un proceso de descentralización (ej. se excluirán estudios puramente descriptivos)
4. No es una investigación primaria (ej. Se excluirán revisiones de la literatura o análisis de documentos de fuentes secundarias)
5. Está publicado en una lengua distinta a español, inglés, portugués o francés.

#### **Criterios de exclusión (texto completo)**

1. Criterios de exclusión para título y resumen
2. No evalúa el efecto del proceso de descentralización
3. Estudio metodológico

Al final de todo el proceso, se consideraron como estudios incluidos aquellos estudios que no cumplían con ninguno de los criterios de exclusión.

### 5.1.4. Evaluación de la calidad de los estudios

Evaluación de la calidad de estudio en el ámbito de una revisión sistemática de la literatura es: “el proceso de evaluación sistemática de la evidencia encontrada en relación a su validez, sus resultados y su relevancia antes de usarla para informar una decisión” (67). En



todos aquellos estudios considerados como incluidos, se evaluó la calidad en función del diseño e implementación del estudio.

La herramienta para evaluar los estudios de los que se ha extraído información cuantitativa ha sido desarrollada bajo el paraguas del Effective Public Health Practice Project (EPHPP) (68) y ha demostrado ser una herramienta válida y fiable cuando se la compara con la herramienta de evaluación de la calidad de Cochrane (65, 69). La herramienta evalúa seis áreas que determinan la clasificación final del estudio: riesgo de sesgo de selección, características del diseño del estudio, manejo de los factores de confusión, manejo del enmascaramiento, métodos de recolección de datos y abandonos del estudio. Además de estas 6 áreas, se evalúan 2 áreas más aunque éstas no se utilizan para calcular la clasificación final del estudio: integridad de la intervención y análisis realizado. En función de una serie de preguntas, cada área se clasifica como fuerte (strong), moderado (moderate) o débil (weak), siendo “fuerte” la mejor clasificación y “débil” la peor. Al final del proceso, si el estudio presenta 2 o más áreas clasificadas como “débil” se considerará “débil”, si solo tiene un área clasificada como “débil” se clasificará como “moderada” y si no tiene ningún área clasificada como “débil” el estudio se considerará como “fuerte” metodológicamente. Las distintas preguntas por cada área pueden verse en la Tabla 3.

**Tabla 3. Preguntas del análisis de la calidad de la evidencia cuantitativa.**

Pregunta	Posibles respuestas
<b>A. Riesgo de sesgo de selección</b>	
La selección de los individuos es representativa de la población diana	1. Muy probablemente 2. Probablemente 3. No es probable 4. No se puede saber
% de individuos seleccionados que aceptaron participar en el estudio	1. 80 – 100% aceptaron 2. 60 - 79% aceptaron 3. Menos del 60% 4. Criterio no aplicable 5. No se puede saber
<b>B. Características del diseño del estudio</b>	
Cuál es el diseño del estudio	1. Ensayo aleatorio con control 2. Ensayo no aleatorio con control 3. Estudio de cohorte (dos grupos pre y post) 4. Estudio de casos y controles 5. Estudio de cohorte (un grupo pre y post) 6. Estudios de series de tiempo interrumpido 7. Otro 8. No se puede saber
Fue el estudio descrito como aleatorio?	1. Si 2. No
Si el estudio es aleatorio, se describió el método para la aleatorización?	1. Si 2. No
Si se describió el método de aleatorización, fue éste apropiado?	1. Si 2. No
<b>C. Manejo de los factores de confusión</b>	
Existían diferencias importantes entre los grupos antes de la intervención?	1. Si 2. No 3. No se puede saber
Si existían diferencias importantes, indique el porcentaje de factores de confusión relevantes en base a los cuales se ajustaron los resultados	1. 80 – 100% (casi todos) 2. 60 - 79% (algunos) 3. Menos del 60% (pocos o ninguno) 4. No se puede saber
<b>D. Manejo del enmascaramiento</b>	
El evaluador del resultado de la intervención o exposición conocía si los individuos pertenecían al grupo control o intervención/exposición	1. Si 2. No 3. No se puede saber
Los participantes conocían si se encontraban en el grupo control o intervención	1. Si 2. No 3. No se puede saber
<b>E. Métodos de recolección de datos</b>	
Las herramientas de recogida de datos eran válidas	1. Si 2. No 3. No se puede saber
Las herramientas de recogida de datos eran	1. Si

Pregunta	Posibles respuestas
fiabiles	2. No 3. No se puede saber
<b>F. Abandonos del estudio</b>	
Los abandonos y perdidas de seguimiento se han notificado, tanto su número como las razones	1. Si 2. No 3. No se puede saber 4. Criterio no aplicable
Indica el porcentaje de participantes que completaron el estudio	1. 80 – 100% aceptaron 2. 60 - 79% aceptaron 3. Menos del 60% 4. Criterio no aplicable 5. No se puede saber
<b>G. Integridad de la intervención</b>	
Porcentaje de los participantes que recibieron la intervención que debían recibir	1. 80 – 100% aceptaron 2. 60 - 79% aceptaron 3. Menos del 60% 4. No se puede saber
Se midió la consistencia de la intervención?	1. Si 2. No 3. No se puede saber
Es posible que los participantes recibieran una intervención distinta a la que debían recibir (contaminación)?	1. Si 2. No 3. No se puede saber
<b>H. Análisis realizado</b>	
Unidad de intervención	1. Comunidad 2. Institución 3. Consulta 4. Individuo
Unidad de análisis	1. Comunidad 2. Institución 3. Consulta 4. Individuo
Los métodos estadísticos son apropiados	1. Si 2. No 3. No se puede saber
El análisis se ha realizado por intención a tratar	1. Si 2. No 3. No se puede saber

En el caso de estudios de los que se ha extraído información cualitativa, se ha utilizado la herramienta creada por el *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) para estudios cualitativos que está organizada en torno a 10 preguntas (Tabla 4) (70). Al contrario que con la herramienta de evaluación de la calidad de estudios cuantitativos, tras la aplicación de la herramienta CASP no se obtiene una clasificación global de la calidad del estudio por lo que los resultados se presentan desglosados con las respuestas del revisor para cada pregunta.

**Tabla 4. Preguntas de análisis de calidad de la evidencia cualitativa.**

Pregunta	Posibles respuestas
1. Los autores definen claramente los objetivos de la investigación	1. Si 2. No 3. No se puede saber
2. La metodología cualitativa es apropiada	1. Si 2. No 3. No se puede saber
3. El diseño del estudio es apropiado para cumplir con los objetivos	1. Si 2. No 3. No se puede saber
4. La estrategia de reclutamiento de los participantes es apropiada para cumplir los objetivos del estudio	1. Si 2. No 3. No se puede saber
5. Los datos se recogieron de una forma adecuada	1. Si 2. No No se puede saber
6. Se ha considerado adecuadamente la relación entre los participantes y los investigadores	1. Si 2. No 3. No se puede saber
7. Se han considerado adecuadamente los aspectos éticos de la investigación	1. Si 4. No 5. No se puede saber
8. El análisis ha sido suficientemente riguroso	1. Si 2. No 3. No se puede saber
9. Los resultados se presentan con claridad	1. Si 2. No No se puede saber
10. Qué valor tiene esta investigación	1. Alto 2. Medio 3. Bajo

**5.1.5. Extracción de los datos**

Se han utilizado tablas de extracción estándar para los estudios cuantitativos, cualitativos y con metodología mixta. En primer lugar se extrajo información general sobre el estudio y el proceso de descentralización analizado (Tabla 5). Posteriormente se extrajo información específica para datos cualitativos (Tabla 6) y datos cuantitativos (Tabla 7). En los estudios con metodología mixta, la información se extrajo en función del tipo de dato (cuantitativo o cualitativo).

En el caso de datos cuantitativos la extracción de datos se centró en medidas de frecuencia o de efecto que explicaran el efecto (positivo, neutro o negativo) que la descentralización tuvo en ese determinado lugar y tiempo. Se extrajeron todos los datos disponibles tal y como

se presentan en el artículo publicado. También se extrajeron las medidas de incertidumbre alrededor de las estimaciones (ej. intervalo de confianza) si éstas fueron calculadas y presentadas por los autores del estudio.

La información extraída de estudios cualitativos giraba en torno a tres tipologías principales: comentarios o citas de personas entrevistadas o participantes en un grupo focal, resúmenes de varias citas o comentarios realizados por los investigadores y, por último, conclusiones generales de los autores no ligadas a comentarios específicos. Las citas se extrajeron tal y como se presentaban tanto en el artículo publicado como en el material suplementario de la publicación).

**Tabla 5. Información extraída en todos los estudios.**

Campo	Descripción
Título	Como se muestra en el artículo.
Primer autor	Como se muestra en el artículo.
Año de publicación	Como se muestra en el artículo.
Tipo de estudio	Cualitativo / cuantitativo/ metodología mixta.
País	En el que se ha realizado la reforma.
Localización dentro del país	En el caso de que la reforma no se realizase a nivel nacional se extrajo la información disponible sobre la región afectada.
Fechas de la recolección de datos	Del estudio.
Población	Población que se vio afectada por la reforma.
Resumen de la intervención o reforma	Realizado con la información provista en el artículo.
La reforma incluye descentralización en alguna de las siguientes áreas?	
1. Gobernanza	Si / No / No está claro
2. Financiación	Si / No / No está claro
3. Acceso a medicinas, vac. Y equip.	Si / No / No está claro
4. Sistema de información	Si / No / No está claro
5. Recursos humanos	Si / No / No está claro
6. Provisión de servicios	Si / No / No está claro
Periodo de la reforma	Fechas en las que se realizó la reforma según como se describe en el artículo.

**Tabla 6. Información extraída para datos cualitativos.**

Campo	Descripción
Pregunta de investigación / hipótesis	Según se describe en el artículo.
Método de muestreo	Se ha extraído toda la información disponible referente al muestreo.
Población del estudio	Grupo poblacional de referencia para la muestra del estudio
Metodología utilizada	Por ejemplo grupos focales de discusión, entrevista a informante clave, abordaje etnográfico...
Intervención	Descripción de la intervención evaluada (puede ser la reforma completa o partes de ella)
Cita	Texto relevante que contiene una única idea (positiva, neutra o negativa) del efecto de la descentralización. Cada cita es una transcripción exacta del texto del artículo.
Tipo de cita	Información relevante a la fuente de esa cita y si ésta corresponde al autor del artículo (en forma de resumen o conclusión) o a los propios participantes en las entrevistas o grupos focales.

**Tabla 7. Información extraída para datos cuantitativos.**

Campo	Descripción
Tipo de estudio	Ensayo aleatorio/ estudio de casos y controles/ estudio de cohorte/ estudio de corte (cross-sectional study) / otro estudio cuantitativo
Pregunta de investigación / hipótesis	Según se describe en el artículo.
Método de muestreo	Se ha extraído toda la información disponible referente al muestreo.
Población del estudio	Grupo poblacional de referencia para la muestra del estudio
Intervención	Descripción de la intervención evaluada (puede ser la reforma completa o partes de ella)
Comparador	Situación o intervención usada como comparador en el estudio
Indicador	Según se describe en el artículo.
Población indicador	Población en la que se ha medido el indicador (si es distinta a la población del estudio)
valor	Valor del indicador
Intervalo de confianza	Si está disponible
Valor de la "p"	Si está disponible

### 5.1.6. Análisis de los datos

Una vez extraídos los datos, se realizó un análisis sistemático y diferenciado para datos de carácter cuantitativo o cualitativo. No se ha podido realizar un meta-análisis de los datos cuantitativos ya que la forma en la que se ha medido el efecto de la descentralización ha sido muy heterogénea en los estudios. Por ejemplo, se han encontrado indicadores tan dispares como la variación en la tasa de incidencia de malaria o la variación en riesgo de gasto catastrófico en salud. Por esto, se ha decidido presentar de forma narrativa y en tablas todos los resultados cuantitativos extraídos. Las citas extraídas de estudios cualitativos se han agrupado en función del “building block” al que estaban referidas (ver más abajo)

Tanto los datos extraídos con carácter cuantitativo (indicadores y estimaciones del efecto) como de cualitativo (citas del texto), se categorizaron en función de dos clasificaciones. Primero, el resultado se clasificó como resultado positivo, neutro o negativo. Los resultados positivos son aquellos que suponen una mejora en la calidad de vida de la población afectada por la reforma o en el desempeño del sistema o programa de salud. Los resultados negativos representan lo contrario que resultados positivos. Los resultados neutros son aquellos en los que se demuestra (cuantitativo) o se sugiere (cualitativo) que no ha habido un cambio desde la reforma. Para que un resultado cuantitativo se considerase como neutro, además de la estimación del indicador se ha utilizado el intervalo de confianza o el valor de la p. Todos aquellos estudios que estiman cambios significativos a un nivel de significación inferior al 5% se han considerado como neutros. En el caso de que no se presenten ni el intervalo de confianza ni el valor de la p, la dirección del indicador (positiva o negativa) se ha utilizado para clasificarlo.

En una segunda fase los indicadores (estudios cuantitativos) y las citas (estudios cualitativos) se han clasificado en función del “building block” al que estaban referidas (Tabla 8) (1). Además de los 6 “building blocks” recogidos en la Tabla 8, se añadió una categoría general que recoge aquellos resultados que eran compartidos por varios “building blocks”, opiniones generales no directamente atribuibles a alguno de ellos y todos aquellos indicadores referidos a la salud de la población en general.

**Tabla 8. Descripción de los "Building Blocks" del sistema de salud (1).**

"Building Block"	Descripción
Gobernanza ( <i>Leadership/Governance</i> )	Funciones relacionadas con la generación de políticas de salud, supervisión eficaz de todo el sistema, leyes apropiadas, procesos de toma de decisión, participación de los distintos actores en salud y diseño del sistema de salud.
Financiación ( <i>Financing</i> )	Asegura que el sistema de salud genera los recursos suficientes para proveer los servicios acordados. Asimismo, favorece que las aportaciones al sistema de salud sean equitativas y que ninguna persona se empobrezca como consecuencia de tener un problema de salud
Acceso a medicinas, vacunas y equipamiento médico ( <i>Medical products, vaccines &amp; technologies</i> )	El sistema de salud debe proveer acceso a productos médicos y equipamiento de calidad, de una forma segura y equitativa.
Sistema de información ( <i>Information</i> )	Asegura la producción, uso y disseminación de información sanitaria tanto del estado de salud como del funcionamiento del sistema.
Recursos humanos ( <i>Health workforce</i> )	El sistema de recursos humanos debe ser dar una respuesta pronta y eficiente a los problemas de salud de la población
Provisión de servicios ( <i>Service delivery</i> )	Provisión de intervenciones efectivas, seguras y de calidad a todo aquel que lo necesite, en el lugar que se necesite y con uso adecuado de recursos

### 5.1.7. Limitaciones de la revisión sistemática

La revisión sistemática de la literatura presentada en este trabajo tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, la selección de los estudios y la extracción de los datos han sido realizadas por un único investigador, lo que puede disminuir la sensibilidad a la hora de incluir los estudios relevantes.

En segundo lugar, la información cualitativa presentada en los artículos publicados estaba determinada por lo que los autores de esos artículos creían que era relevante. Es decir, la forma de presentar los efectos positivos y negativos en los estudios cualitativos ha variado de unos autores a otros y, por tanto, no se puede asegurar que hayan recogido en el artículo todos y cada uno de los efectos de la descentralización identificados por los participantes en los estudios.

Por último, una de las dificultades encontradas para la realización de esta revisión es la multiplicidad de diseños de estudio encontrados. Aunque existen múltiples herramientas



para evaluar la calidad metodológica de los estudios de investigación, éstas suelen ser aplicables a un tipo de diseño de estudio o tienden a “castigar”, en su categoría final de calidad, diseños que no son experimentales.

## **5.2. Material y métodos de la evaluación de la operatividad de los distritos**

La evaluación es un estudio transversal y descriptivo de la situación de todos los distritos sanitarios en el país. La recogida de datos se realizó entre julio de 2011 y marzo de 2012 en tres fases que coincidieron con los distintos módulos de la formación para ESD.

Para la evaluación de la operatividad de los distritos sanitarios en Guinea Ecuatorial se ha adaptado la herramienta desarrollada por la Oficina Regional de la OMS para África Sub-Sahariana (OMS-AFRO) en el 2003 (64) que evalúa diferentes dominios tanto a nivel distrital como de unidad sanitaria, a través de dos cuestionarios estandarizados distintos.

La evaluación que se presenta en este trabajo estaba integrada en un proyecto más amplio de fortalecimiento del sistema de distrito en Guinea Ecuatorial que fue desarrollado por el MINSABS con el apoyo de la Fundación de Religiosos para la Salud (FRS). Específicamente, la evaluación se realizó en paralelo a un programa de formación de un año de duración para todos los equipos distritales de salud del país siendo, tanto la recogida de datos como su análisis y resultados, la piedra angular de este proceso formativo (ver Sección 2.4 en este documento). La encuesta propuesta por la OMS consta de un cuestionario general para el distrito así como otro cuestionario que debe aplicarse a las unidades sanitarias dentro del distrito. La encuesta fue adaptada al contexto y necesidades de Guinea Ecuatorial por los responsables del MINSABS, representantes de Cooperación Española, representantes de la Cooperación Cubana y otros actores del sector salud.

Además del objetivo científico de conocer la situación de operatividad de los distritos, la encuesta también debía cubrir un objetivo operativo unido al proceso de formación. La encuesta debía servir de actividad de campo para los ESD con el fin de darles más presencia y autoridad en sus respectivos distritos. Para conseguir este objetivo la encuesta se debía realizar en todos los distritos y no era posible realizar el estudio en una muestra representativa de los mismos. Como consecuencia, de los dos cuestionarios propuestos por

la OMS, se decidió utilizar únicamente el cuestionario correspondiente a la gestión distrital y retrasar para otro momento el análisis en profundidad de las unidades sanitarias.

### 5.2.1. Encuesta

La herramienta de evaluación de la OMS evalúa 5 dominios de la operatividad distrital:

Dominio 1: Funcionamiento de las estructuras de gestión: se analiza la existencia y funcionamiento de las tres principales estructuras de gestión distrital (comité de desarrollo distrital, comité de salud distrital y equipo de salud distrital)

Dominio 2: Procesos de gestión existentes: se evalúa si los equipos distritales de salud están desarrollando los procesos de gestión esenciales para el buen funcionamiento del distrito sanitario (realización de un plan operativo anual y supervisión de unidades sanitarias)

Dominio 3: Cartera de servicios de las unidades sanitarias del distrito

Dominio 4: Actividades comunitarias y sociedad civil organizada

Dominio 5: Disponibilidad de recursos para ser gestionados a nivel local

Esta encuesta se adaptó a las necesidades de Guinea Ecuatorial y se alinea con el progreso del curso de ESD que tendría lugar desde Julio 2011 a Mayo 2012. El proceso de adaptación de la encuesta se realizó en el MINSABS en colaboración con FRS, consultores de la Cátedra UNESCO de Sistemas Locales de Salud, representantes de la Cooperación Cubana en Guinea Ecuatorial y la OMS.

La secuencia temporal de la información recogida en las distintas fases en la recogida de datos no corresponde con la estructura de la encuesta de la OMS en la que se basa este estudio. La principal razón es que la encuesta debía responder a las necesidades formativas y de reactivación de los distritos sanitarios que estaban desarrollándose en paralelo a través del curso de equipos distritales de salud. Para facilitar la comprensión de los resultados de la encuesta, se ha decidido estructurarlos en torno a cuatro categorías:

- características generales (dominio 4),
- recursos disponibles (dominio 5),

- cartera de servicios (dominio 3) y
- análisis de la gestión distrital (dominio 1 y 2).

Asimismo, parte de la información recogida en la encuesta no se ha utilizado en el presente trabajo. Como se ha comentado anteriormente, la encuesta era parte del proceso de capacitación de los ESD para mejorar la gestión de los distritos y reactivar su actividad. Uno de los fines últimos de esa capacitación era la realización de un plan anual de distrito donde se definían las actividades a realizar en el año siguiente. Parte de la información necesaria para realizar este plan anual no es relevante para responder nuestra pregunta de investigación y, por tanto, se ha excluido del análisis. La información excluida ha sido:

- Análisis de la situación de saneamiento medioambiental y acceso a fuentes de agua protegida en el distrito: Únicamente útil para la planificación de las actividades de saneamiento
- Cálculo del stock de algunos medicamentos trazadores: Aunque esta información puede ser útil en el análisis de la capacidad de gestión, lo que se planteó durante el curso fue un ejercicio de cálculo de stocks de algunos medicamentos con el fin de formar a los ESD en cómo se hace este cálculo. No era, por tanto, un análisis real del stock de medicamentos en los distritos.
- Datos relativos a las supervisiones de unidades sanitarias que se realizaron en el curso de la formación: tras el módulo 2 del curso de formación a ESD, todos los distritos debían realizar al menos una supervisión de una unidad sanitaria para poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la fase presencial del módulo. Aunque esta información podría ser relevante para el análisis de la situación operativa de los distritos sanitarios, está muy influenciada por la formación realizada. Es decir, no habla de las capacidades instaladas para la gestión del distrito al inicio del proceso.
- Cálculo de indicadores sanitarios: Tras el módulo 3 del curso, los ESD debía estimar varios indicadores de salud (hospitalarios y de atención primaria) utilizando la hoja

Excel de la encuesta. Estos indicadores debían ser utilizados para establecer la situación sanitaria del distrito como paso previo a la planificación del año siguiente.

#### **5.2.1.1. Características generales de los distritos sanitarios**

Se recogió información relativa al dominio 4 de la encuesta de la OMS así como información general del distrito sanitario:

- a. Definición del distrito: Localiza administrativamente el distrito sanitario en el contexto de Guinea Ecuatorial. Los datos recogidos incluyen nombre del distrito, provincia a la que pertenece y extensión en kilómetros cuadrados.
- b. Datos poblacionales: Identificar la población del distrito y su distribución por sexo y edad. Para aquellos distritos que solo tengan el dato de población total, se ha aplicado la estimación de distribución de grupos poblacionales para la subregión (0-11 meses= 4%; 0-4 años= 11%; 5-14 años= 17%; embarazadas= 5%; partos= 4.5%; Mujeres 15-49 años=24% (64)).
- c. Actividad económica del distrito: El ESD debía definir el grado de actividad económica (mucho, poco o nada) para una serie de actividades (agricultura, ganadería, pesca, industria, manufacturas, comercio u otra).
- d. Actores en salud: Se han identificado las instituciones o personas que pueden tener un impacto potencial en salud en los distritos. Los datos de esta parte de la encuesta se utilizaron en la organización de los grupos focales para identificar el perfil epidemiológico sentido de la población. La lista de actores a identificar se recoge a continuación:
  - i. Gobierno local
  - ii. Comité de Desarrollo Distrital (CDD)
  - iii. Comité de Salud Distrital (CSD)
  - iv. Comités de Salud Comunitario
  - v. Organizaciones civiles /ONGs
  - vi. Medicina Tradicional
  - vii. Sanitarios

## viii. Otros

- e. Perfil epidemiológico del distrito: Los ESD realizaron tres grupos focales en sus respectivos distritos en los que se reunieron con los representantes locales del gobierno, líderes comunitarios y sociedad civil para identificar los principales problemas de salud del distrito.

**5.2.1.2. Recursos disponibles en el distrito**

Se recogió información relativa al dominio 5 de la encuesta de la OMS. La recogida de datos se centró en dos áreas principales:

- a. Unidades sanitarias existentes: Registro de todas las unidades sanitarias del distrito tanto públicas como privadas. Se recogió el nombre, tipo de unidad (hospital, centro de salud, puesto de salud, clínica/consultorio o farmacia), la propiedad (pública o privada) y su situación funcional (abierta, cerrada o en animación<sup>3</sup>) en el momento de la encuesta.
- b. Recursos humanos destinados en las unidades sanitarias públicas: Los ESD recogieron el número de profesionales sanitarios en cada unidad sanitaria pública de su área de influencia de acuerdo con las siguientes categorías:
- Médicos Total
    - Médicos Generales
    - Cirujanos
    - Ginecólogos
    - Otros
  - Enfermeros
  - Auxiliares de enfermería
  - Auxiliar sanitario con perfil comunitario
  - Agente de saneamiento ambiental
  - Mozo de limpieza

---

<sup>3</sup> Unidad sanitaria “en animación” significa que el EDS está realizando actividades para reactivar la unidad sanitaria pero todavía no es totalmente funcional.

### **5.2.1.3. Cartera de servicios del distrito**

Se recogió información relativa al dominio 3 de la encuesta de la OMS. Se recogieron los servicios ofrecidos en las unidades sanitarias públicas del distrito (separando unidades hospitalarias de centros y puestos de salud). Los servicios investigados fueron:

- a. Salud materno–infantil: control prenatal, atención al parto normal, atención al parto complicado, atención al post-parto y planificación familiar.
- b. Vacunación: Tanto estrategia fija como avanzada.
- c. Atención al niño sano: medición de peso y talla.
- d. Atención a personas que viven con VIH: servicio de *counselling* pre y post test, diagnóstico, tratamiento y prevención.
- e. Atención a persona con tuberculosis: diagnóstico, y estrategia DOTS<sup>4</sup>.
- f. Salud Mental: diagnóstico, tratamiento y seguimiento
- g. Salud Medioambiental: Protección de fuentes de agua, mejora de sistemas de saneamiento y gestión de basura.
- h. Servicio de hospitalización: medicina, pediatría y cirugía.
- i. Tratamiento de paludismo, EDA, IRA, ITSs, malnutrición, diabetes o HTA.
- j. Medidas de prevención y control de paludismo, EDA, IRA, ITSs, malnutrición, diabetes o HTA.
- k. Otros servicios: transporte urgente, referencia de pacientes, AIEPI o vigilancia epidemiológica.

### **5.2.1.4. Análisis de la gestión distrital**

Se recogió información relativa al dominio 1 y dominio 2 de la encuesta de la OMS. Esta parte de la encuesta se organizó en torno a tres elementos:

- a. Estructuras de gestión distrital:
  - i. Funcionamiento de las estructuras de gestión: Se realizaron las siguientes preguntas para el CDD, CSD y ESD por separado:

---

<sup>4</sup> Direct Observed Treatment

- ¿Está en funcionamiento?
  - ¿Tiene una guía de funcionamiento, responsabilidades y funciones
  - ¿Se han reunido en los últimos 12 meses?
  - ¿Tienen Acta de esa reunión?
  - ¿Puede tomar decisiones relativas a...?
    - Plan de acción anual del distrito
    - Presupuesto del distrito para salud
    - Organización del personal dentro del distrito
    - Compra de medicación
- b. Existencia de documentos nacionales de aplicación en el distrito: Se preguntó si el equipo distrital de salud disponía de una copia de los siguientes documentos:
- Política Nacional de Salud
  - Plan Nacional de Desarrollo Sanitario
  - Plan de Acción "Horizonte 2020"
  - Objetivos de Desarrollo del Milenio
  - Libro Marrón (Organización Distrital de los Servicios de Salud)
  - Reglamento de Hospitales
  - Reglamento de Centros de Salud
  - Reglamento de Puestos de Salud
  - Política Nacional de Salud Mental
  - Manual del Agente de Salud
  - Manual de Normas de Vacunación
  - Manual de Normas de CPN, parto y post-parto
  - Manual de Normas AIEPI
  - Manual de Normas VIH
  - Manual de normas de lucha contra la tuberculosis
  - Manual de normas de lucha contra el paludismo
  - Guías Terapéuticas

c. Procesos de gestión distrital: La encuesta se centró en dos procesos de gestión principalmente:

- i. Planificación distrital: Se realizaron las siguientes preguntas al ESD:
  - ¿Existe un plan operativo anual (POA) de acción para el 2011?
  - ¿Se está desarrollando el POA actualmente?
  - ¿Participaron los Actores identificados anteriormente en el POA?
  - ¿Hay herramientas y mecanismos de Monitoreo del Plan de Acción?
- ii. Funciones de supervisión distrital: Ejecución y desempeño de las tareas de supervisión distrital correspondientes al ESD. Se realizaron las siguientes preguntas:
  - ¿Tiene el ESD herramientas de Supervisión Distrital?
  - ¿Tiene el ESD un cronograma de salidas de supervisión?
  - ¿Se ha realizado alguna supervisión del distrito en los últimos 6 meses?
  - ¿Existe un informe de esas supervisiones?
  - Número de supervisiones distritales planificadas en 2011
  - Número de supervisiones distritales realizadas en 2011
  - ¿Cuántas unidades sanitarias del distrito se han supervisado en los últimos 6 meses?
  - ¿Cuál es la principal razón para no realizar las supervisiones?

### 5.2.2. Implementación de la encuesta

Se definieron tres fases diferenciadas en la recogida de datos. Un primera fase (1 al 30 de Agosto 2011) los ESD recogieron información general del distrito incluyendo recursos disponibles, analizaron el funcionamiento de las estructuras de gestión e hicieron una mapa de actores en salud. En una segunda fase (5 de Septiembre de 2011 a 20 de Marzo de 2012), los ESD analizaron los procesos de gestión existentes en el distrito y pusieron en marcha la estrategia de supervisión de unidades sanitarias. Por último, en la tercera fase (1 de Abril a 30 de Mayo de 2012) los ESD recogieron información acerca de la situación de



salud del distrito y la contrastaron con la cartera de servicios ofertada. Los cuestionarios específicos de cada fase pueden verse en el Anexo 1.

Cada una de las 3 fases descritas anteriormente fue desarrollada por los ESD de cada distrito sanitario. Cada ESD estaba apoyado siempre por un representante de la Cooperación Cubana y en algunos distritos, también por un representante de la Cooperación Española. Se realizaron formaciones específicas para todos los ESD y representantes de cooperaciones bilaterales en cómo cumplimentar la encuesta. Asimismo, se pilotó cada uno de los cuestionarios y la hoja Excel antes de utilizarla en los distritos.

Se identificaron 18 equipos de terreno encargados de recoger los datos y analizar la encuesta en cada distrito sanitario (1 por cada distrito). Se decidió, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, que el equipo encargado de realizar la encuesta fuera el mismo ESD de cada distrito. Esto ofrecía varias ventajas como, por ejemplo, la de contar directamente con personal localizado en la periferia y permitir utilizar la encuesta como presentación e inicio de actividades del ESD en el distrito. Estos equipos, aunque heterogéneos, contaban al menos con:

- Responsable distrital de salud (médico)
- Responsable de Atención Primaria de Salud distrital
- Responsable Gerente o Administrador del Hospital Distrital
- Asesor de FRS (no en todos los distritos)
- Asesor de la Brigada Médica Cubana

La recogida de datos de cada fase se dividió a su vez en tres etapas. En una primera etapa, los ESD con apoyo de la cooperación bilateral se desplazaron al distrito para recoger los datos. Tras 2-3 semanas, el equipo de coordinación hizo una visita de supervisión a los distritos para revisar los datos recogidos y solventar dudas. Por último, el ESD presentó los datos definitivos de cada fase ante los otros ESD en el curso de formación. Este proceso se realizó para cada una de las tres fases de recogida de datos del estudio.

### **5.2.2.1. Recogida de datos**

La encuesta se planteó como una herramienta que permitiera dar a conocer a los ESD en cada uno de sus distritos y facilitara el que éstos analizaran la situación del mismo. Este planteamiento ha determinado profundamente la metodología utilizada para la recolección de datos. En primer lugar, se ha pretendido que este proceso fuera participativo e incluyente. La mayor parte de la información necesaria para cumplimentar la encuesta requería reuniones del ESD con distintas autoridades locales así como procesos de análisis de la información existente en los archivos del distrito sanitario. En segundo lugar, con el fin de provocar una reflexión en el equipo sobre la situación actual de cada distrito y las oportunidades de mejora existentes, se incluyó en los cuestionarios información que no se ha utilizado en el análisis presentado en este documento.

Con el fin de armonizar la recogida de datos en los 18 distritos del país se creó una herramienta estándar en Microsoft Excel que los equipos fueron rellenando en las diferentes fases con el apoyo de expatriados de la Cooperación Cubana y Española. Asimismo, tras cada fase de recogida se realizó una visita de supervisión al distrito con el fin de solventar dudas, evaluar la calidad de la información recogida y solicitar prueba documental para aquellos datos que resultaban dudosos.

### **5.2.2.2. Análisis de la información**

El análisis de los datos se ha realizado en dos planos. En primer lugar, se han analizado los datos acumulados de todos los distritos con la finalidad de obtener una imagen global de la situación de operatividad de los distritos. Este análisis va dirigido a los responsables nacionales del proceso de operatividad de los distritos sanitarios y permitirá establecer una línea de base con la que identificar fortalezas y debilidades generales. Por otro lado, se han analizado los resultados encontrados específicamente por cada distrito, intentando identificar las características singulares de cada uno de ellos.

La información se presenta en torno a cuatro áreas:

1. Características generales de los distritos sanitarios
2. Recursos disponibles en el distrito

3. Cartera de servicios
4. Análisis de la gestión distrital

### **5.2.3. Limitaciones de la encuesta de operatividad de los distritos**

En primer lugar se debe tener en cuenta que gran parte de la información ha sido completada directamente por los propios equipos distritales de salud y, por tanto, tanto algunas fuentes de información como metodologías utilizadas pueden haber sido diferentes.

En segundo lugar, en el momento de la encuesta existía un proceso de fortalecimiento de los equipos distritales de salud. Por tanto, algunos de los datos recogidos al inicio de la encuesta, pueden haber cambiado con respecto a lo que presentamos en este documento.

Por último, la encuesta completa tal y como fue propuesta por la OMS incluye, además del cuestionario para el distrito, un cuestionario que debe ser contestado por cada unidad sanitaria. En el presente trabajo únicamente se ha realizado el cuestionario distrital ya que se ha preferido realizar un análisis parcial de todos los distritos en lugar de realizar un análisis en profundidad de únicamente algunos distritos seleccionados.

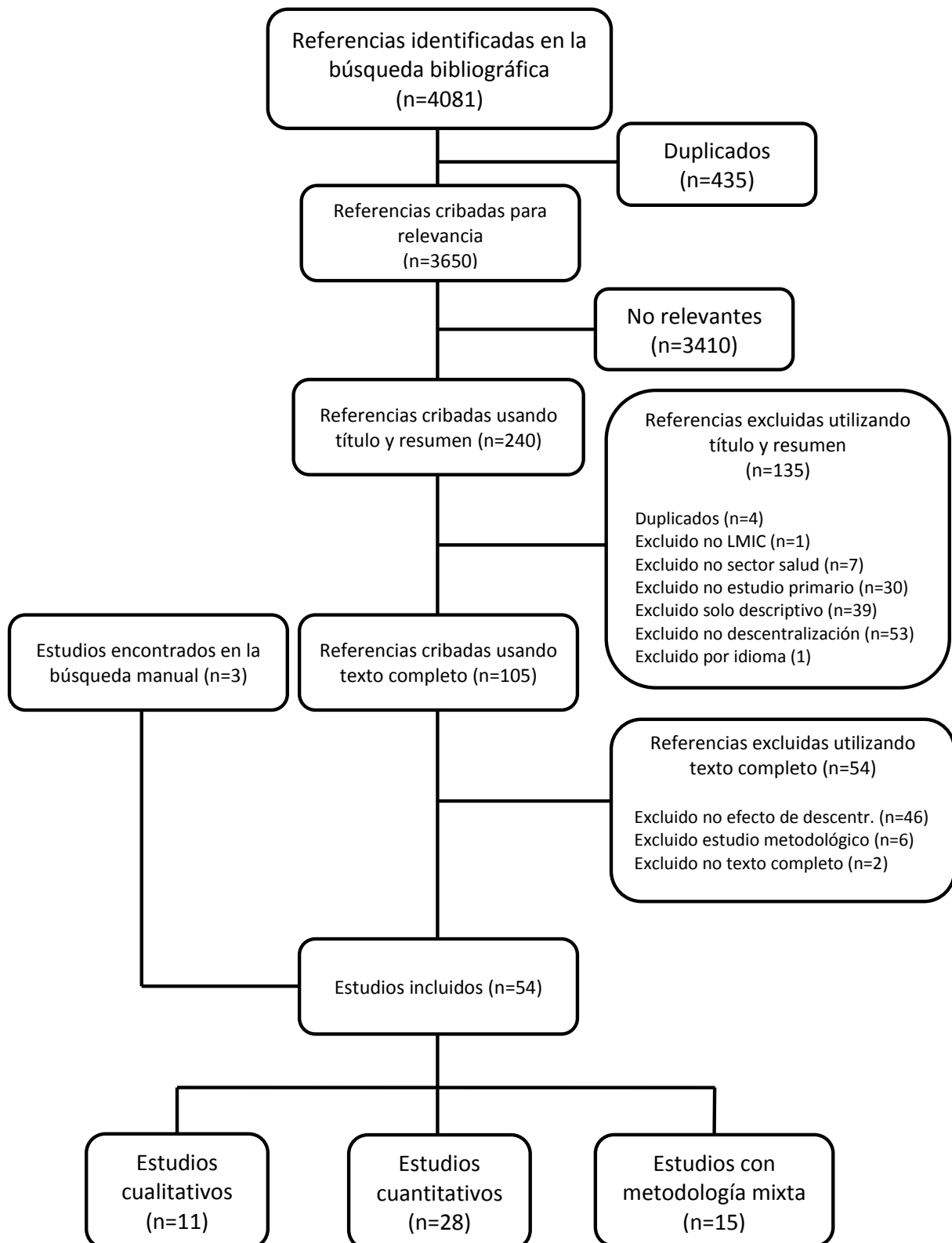
## **6. Resultados**



## 6.1. Resultados de la revisión sistemática de la literatura

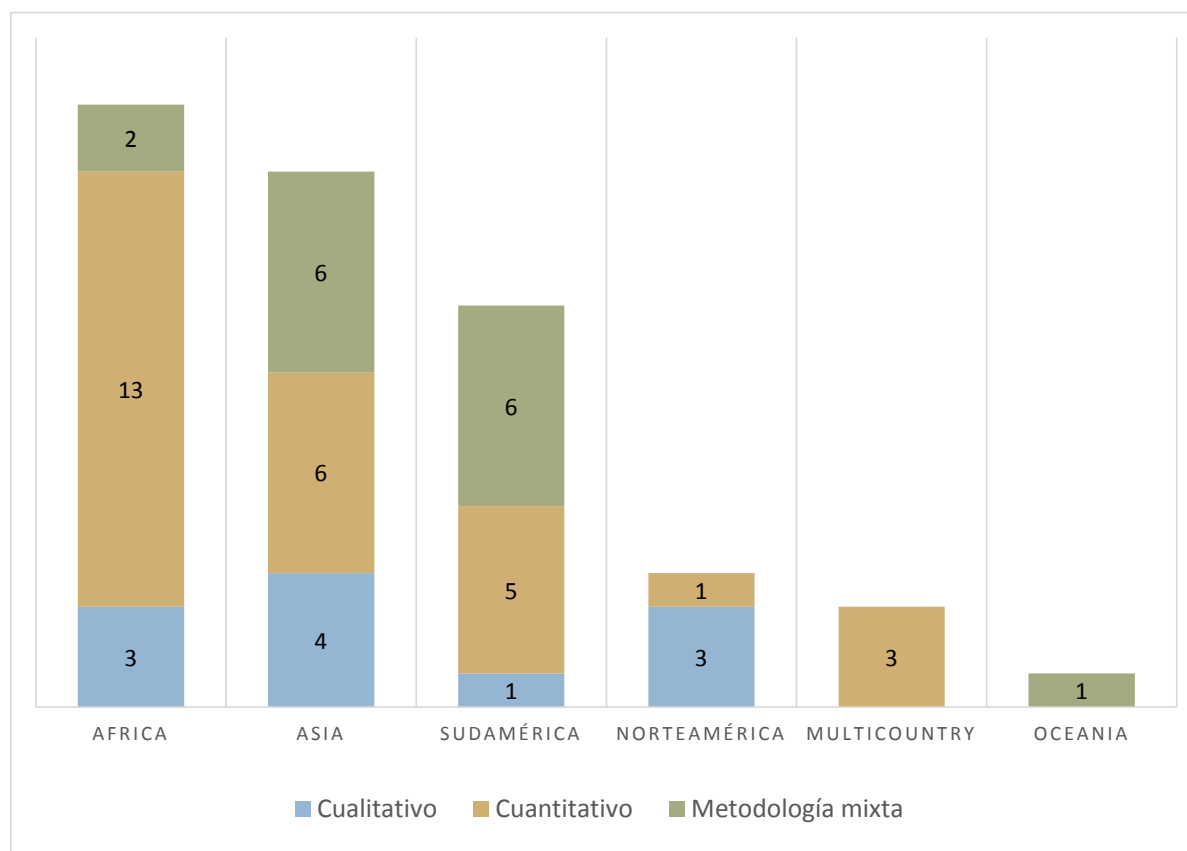
### 6.1.1. Descripción de los estudios

Se encontraron un total de 4.081 referencias con la estrategia de búsqueda. Tras eliminar 435 referencias duplicadas, 3.650 referencias se cribaron para evaluar su relevancia utilizando el título y el resumen. De ellas, 240 referencias fueron consideradas como relevantes y se analizaron en más profundidad utilizando el título y el resumen según se encontraba en la publicación. 132 referencias fueron excluidas porque, o bien el estudio estaba realizado en un país de renta alta ( $n=1$ ), la intervención no era primariamente del sector salud ( $n=7$ ), no presentaba datos de una investigación primaria ( $n=30$ ), el estudio era meramente descriptivo sin comparador o control ( $n=39$ ), no analizaba un proceso de descentralización ( $n=53$ ), los estudios estaban duplicados ( $n=4$ ) o porque el artículo estaba escrito en una lengua distinta a español, portugués, inglés o francés ( $n=1$ ). Se extrajo el texto completo de las 107 referencias restantes y se evaluó en profundidad su potencial para ser incluidas. 57 referencias más fueron excluidas utilizando el texto completo del artículo porque no evaluaban el efecto del proceso de descentralización ( $n=46$ ), eran estudio puramente metodológicos ( $n=6$ ) o no se encontró el texto completo ( $n=2$ ). De forma paralela, la búsqueda manual de referencias resultó en 3 estudios que cumplían con todos los criterios para ser incluidos. Finalmente, fueron incluidos 54 estudios entre los que había 11 estudios con metodología cualitativa, 28 estudios con metodología cuantitativa y 15 estudios con metodología mixta (Figura 12). 20 estudios fueron publicados antes del 2005, otros 18 entre el 2005 y el 2010. 11 artículos fueron publicados con posterioridad a 2011 y para 5 esta información no estaba disponible en el artículo.

**Figura 12. Resultado de las fases de búsqueda y cribado de los estudios de la revisión sistemática de la literatura.**

La mayor parte de los estudios fueron realizados en países africanos ( $n=18$ ), seguido de países asiáticos ( $n=16$ ), países sudamericanos ( $n=12$ ), países norteamericanos ( $n=4$ ) y países localizados en Oceanía ( $n=1$ ). Tres estudios incluyeron varios países en su análisis ( $n=3$ ) (Figura 13).

**Figura 13. Número de estudios incluidos en la revisión por continente.**



Los estudios cuantitativos incluidos utilizaron una gran variedad de diseños. De los 28 estudios cuantitativos, 14 tenía un diseño de serie temporal de datos, 11 eran estudios transversales con grupo control, 2 eran estudios transversales con mediciones antes y después de la intervención y 1 era un estudio de cohorte. Los estudios cualitativos combinaron, en la mayor parte de los casos, diversas herramientas de investigación cualitativa. Prácticamente todos los estudios utilizaron entrevistas a informantes clave o entrevistas en profundidad ( $n=10$ ), 5 utilizaron análisis documental y uno utilizó grupos focales. Entre los estudios de metodología mixta, el componente cuantitativo mayoritario estaba representado por el análisis de datos secundarios ( $n=11$ ), seguido por la realización



de encuestas (n=5) y el componente cualitativo lo formaban entrevistas a informantes clave (EIC) (n=10), análisis de documentos (n=9) y discusiones en grupos focales (EGF). La descripción de las características principales de los distintos estudios puede verse en la Tabla 9, Tabla 10 y Tabla 11 para estudios cuantitativos, cualitativos y de metodología mixta respectivamente.

Se extrajeron 144 indicadores cuantitativos, 107 procedentes de estudios puramente cuantitativos y 37 de estudios de metodología mixta. La mayor parte de los indicadores estaban relacionados con la provisión de servicios (n=63), seguidos de indicadores generales y de la salud de la población (n=38), financiación del sistema (n=21), acceso a medicinas y equipamiento médico (n=16) y por último indicadores relacionados con recursos humanos (n=6). No se encontró ningún indicador relacionado con la gobernanza del sistema de salud o con el sistema de información sanitaria.

Del total de citas extraídas de estudios cualitativos (n=293), la mayor parte estaban relacionadas con la gobernanza del sistema (n=94), seguidas de la financiación (n=51), provisión de servicios (n=48), acceso a medicinas y equipamiento médico (n=34), recursos humanos (n=34), comentarios generales (n=20) y por último relacionadas con sistemas de información (n=12).

Tabla 9. Características generales de los estudios cualitativos incluidos en la revisión sistemática de la literatura.

Referencia	Año	País	Pregunta de investigación / Objetivo*	Tipo de estudio	Muestreo
<b>Anokbonggo 2004 (71)</b>	2004	Uganda	To identify the perceptions and beliefs of key stakeholders on the impact and process of decentralization and on the operations of health services in two districts in Uganda, and to report their suggestions to improve future implementation of similar policies.	EIC y DGF	Muestreo intencional
<b>Arredondo 2006(72)</b>	2006	México	To identify the effects of decentralization on health financing and governance policies in Mexico from the perspective of users and providers.	EIC	Muestreo intencional
<b>Arredondo 2008(73)</b>	2008	México	To determine, from the perspective of providers, community leaders and users of health services, equity, governance and health financing outcomes of the Mexican health system reform	EIC	Muestreo intencional
<b>Arredondo-López 2014(74)</b>	2014	México	El objetivo de este estudio fue identificar indicadores de gobernanza y protección social en salud	Análisis de documentos EIC	Seleccionados directivos de alto nivel en los estados de forma intencional
<b>Munga 2009(75)</b>	2009	Tanzania	How decentralisation has affected the responsiveness to local needs and the accountability systems in relation to the recruitment of health workers. Secondly, we explored whether decentralisation leads to less bureaucracy and more efficient processes of health worker recruitment. Thirdly, we focused on the possibility that decentralisation heightens the competition between districts for qualified workers, and how the more disadvantaged districts in Tanzania fared in this competition.	EIC	Muestreo intencional

Referencia	Año	País	Pregunta de investigación / Objetivo*	Tipo de estudio	Muestreo
<b>Newell 2005(76)</b>	2005	Nepal	The aim of this article is to explore the relationship between decentralisation and a national disease control programme by seeking to understand the views and attitudes of staff working in a national TB control programme on the process of change and their involvement in that change.	Análisis de documentos y EIC	Muestreo intencional
<b>Regmi 2010(77)</b>	2010	Nepal	This paper aims to examine and understand the effect of decentralization at the district health service from the perspectives of service users and providers	Entrevistas en profundidad	Muestreo intencional
<b>Saide 2001(78)</b>	2001	Mozambique	To assess the impact of decentralization through an analysis of the viewpoints of provincial health managers regarding their perceptions of the process.	Análisis de documentos y EIC	Muestreo intencional
<b>Santos 2008(79)</b>	2008	Brasil	Este estudo tem como objeto a implantação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família num município baiano	Análisis de documentos y EIC	Muestreo intencional
<b>Shaikh 2012(80)</b>	2012	Pakistán	To identify the strengths and weaknesses of the devolved district health system from the experiences of different stakeholders, and recommend direction for reforms in the existing system.	EIC	Muestreo intencional
<b>Vincente 2013(81)</b>	2013	Filipinas	We outline how the initiative was implemented, the aspects that worked well, and the key limitations identified in the sub-national application of this approach.	Análisis de documentos	Muestreo intencional

\* Pregunta de investigación u objetivo según se recoge en el artículo publicado (incluyendo idioma)

Tabla 10. Características generales de los estudios cuantitativos incluidos en la revisión sistemática de la literatura.

Referencia	Año	País	Pregunta de investigación / Objetivo*	Tipo de estudio	Muestreo
<b>Abdullah 2008(82)</b>	2008	Indonesia	To analyse health resource allocation within DHOs and compare the trends and patterns in several budget categories before decentralization	Series temporales de datos	Se han utilizado datos del sistema de información general de tres distritos del país. La selección de estos distritos fue por conveniencia.
<b>Ali 2014(83)</b>	2014	Turquía	To compare outcomes of paediatric HIV care in hospital and health centre clinics and to determine risk factors for death and loss to follow-up (LTFU)	Estudio de cohorte con grupo intervención y control pre y post intervención	Se utilizó el sistema de información de las unidades sanitarias y todos los pacientes que elegibles fueron incluidos. (1 hospital and 5 health centres)
<b>Anokbonggo 2004(84)</b>	2004	Uganda	To assess the impact of this policy on facility utilization; prescribing patterns for ARI, diarrhoea, and malaria; and on availability of essential drugs in hospitals in Uganda	Series temporales de datos	Se utilizó el sistema de información de las unidades sanitarias y todos los pacientes que elegibles fueron incluidos. Selección de los distritos no está clara.
<b>Arrieta 2011(85)</b>	2011	Perú	To test the hypothesis that the health reform enacted in Peru in 1997 increased the rate of caesarean sections in the private sector due to non-clinical factors	Series temporales de datos	Series de encuestas demográficas de salud con muestreo aleatorio de las viviendas en dos fases. Representativo de todo el país.
<b>Atkinson 2004(86)</b>	2004	Brasil	To examine whether decentralization has improved health system performance in the State of Ceará	Estudio descriptivo de corte	Los datos primarios se obtuvieron de una muestra de 45 municipios seleccionados de forma intencional.

Referencia	Año	País	Pregunta de investigación / Objetivo*	Tipo de estudio	Muestreo
<b>Bernatas 2003(87)</b>	2003	Djibouti	To evaluate decentralisation based on the success rate by site of treatment and according to certain critical variables	Estudio descriptivo de corte	Cohorte de pacientes diagnosticados con tuberculosis bacilífera en el segundo cuarto del año 2000
<b>Bixby 2004(88)</b>	2004	Costa Rica	Valorar el impacto de la reforma del sector de la salud iniciada en Costa Rica en 1995 sobre la mortalidad de niños y adultos y la equidad en el acceso a los servicios de salud.	Series temporales de datos	Se seleccionaron 420 municipios de todo el país. No queda claro de qué forma se seleccionaron,
<b>Blas 2001(89)</b>	2001	Zambia	The objective of the study was to investigate whether the reform had influenced the overall utilization of health centres.	Series temporales de datos	Datos del sistema de información sanitaria. No hubo muestreo.
<b>Borrero 2012(90)</b>	2012	Colombia	Evaluar el efecto de la descentralización en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sobre la incidencia de malaria en municipios colombianos	Series temporales de datos	La muestra fue diseñada para obtener representatividad de todos los municipios colombianos. Un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional.
<b>Bossert 2003(91)</b>	2003	Colombia y Chile	To investigate the relation between decentralization and equity of resource allocation in Colombia and Chile	Series temporales de datos	Se han utilizado datos a nivel nacional de los sistemas de información de ambos países
<b>Boyer 2010(92)</b>	2010	Camerún	to assess ART outcomes in the context of the decentralization of HIV care delivery	Estudio descriptivo de corte	Muestra aleatoria de pacientes que estaba en tratamiento antirretroviral por al menos 3 meses y mayores de 21 años.

Referencia	Año	País	Pregunta de investigación / Objetivo*	Tipo de estudio	Muestreo
<b>Boyer 2011(93)</b>	2011	Camerún	This article therefore seeks to assess whether HIV care decentralization has a protective effect against the risk of CHE associated with HIV infection.	Estudio descriptivo de corte	Muestra aleatoria de pacientes que estaba en tratamiento antirretroviral por al menos 3 meses y mayores de 21 años.
<b>Boyer 2012(94)</b>	2012	Camerún	To assess the extent to which decentralized delivery of HIV care at the district level has contributed to increased access to ART and to identify persistent barriers to access to ART for eligible PLWHA seeking care at both the central and district levels	Estudio descriptivo de corte	No está claro cómo se seleccionó la muestra.
<b>Chan 2010(95)</b>	2010	Malawi	To assess the effect of decentralization (DC) of antiretroviral therapy (ART) provision in a rural district of Malawi using an integrated primary care model	Estudio de cohorte con grupo intervención y control pre y post intervención	Todos los pacientes registrados para tratamiento antirretroviral entre 2004 y 2008
<b>El-Sony 2003(96)</b>	2003	Sudan	To measure the effect of the decentralisation of the tuberculosis (TB) services on the clinical profile and treatment outcome of tuberculosis	Series temporales de datos	Una cohorte de pacientes con tuberculosis atendidos en una selección de unidades sanitarias en Sudán
<b>Fayorsey 2013(97)</b>	2013	Kenia, Lesoto, Mozambique, Ruanda, and Tanzania.	The objective of this analysis was to compare trends in paediatric enrolment and ART initiation and compare mortality and LTFU as measures of program quality among paediatric patients enrolled at PHFs and SHFs.	Series temporales de datos	Unidades sanitarias que recibieron apoyo de la ONG ICAP.
<b>Guanais 2009(98)</b>	2009	Brasil	Analizar el efecto de la descentralización en la provisión de servicios y los resultados en salud	Series temporales de datos	Todos los municipios con más de 10.000 habitantes fueron incluidos.

Referencia	Año	País	Pregunta de investigación / Objetivo*	Tipo de estudio	Muestreo
<b>Hagstromer 2013(99)</b>	2013	Etiopia	To compare trends in paediatric enrolment and ART initiation and compare mortality and LTFU as measures of program quality among paediatric patients enrolled at PHFs and SHFs.	Estudio de cohorte con grupo intervención y control pre y post intervención	Se utilizó el sistema de información de las unidades sanitarias y todos los pacientes que elegibles fueron incluidos.
<b>Kangangi 2003(100)</b>	2003	Kenia	To evaluate the impact on district TB programme performance of decentralising TB treatment by providing ambulatory care in the hospital and peripheral health units and in the community.	Series temporales de datos	Se seleccionó la cohorte completa de pacientes con tuberculosis bacilífera en 1997 y en 1999.
<b>Khaleghian 2004(101)</b>	2004	Varios países (n=144)	This study examines the impact of political decentralization on an essential public service provided in almost all countries: childhood immunization.	Series temporales de datos	Se han utilizado los datos de cobertura vacunal estimados por OMS/UNICEF y publicados en sus páginas web.
<b>Loubiere 2009(102)</b>	2009	Camerún	To know Turkish people opinion about accessibility, availability of resources, quality of care, information by politicians and mass media, and whether the public prefers the current health system or that provided a decade ago	Estudio descriptivo de corte	Selección aleatoria de pacientes atendidos en las unidades sanitarias que ofrecen servicios para el manejo del VIH.
<b>Maharani 2014(103)</b>	2014	Indonesia	The aim of this study was to examine the consequences of fiscal decentralisation specifically on child immunisation status in Indonesia	Estudio descriptivo de corte	Se utilizan datos de diferentes fuentes: la "Indonesian national socio-economic survey" (no está claro el muestreo de esta encuesta, censo (universal) e información fiscal de la base de datos del gobierno (universal).
<b>Mutevedzi 2010(104)</b>	2010	Sudáfrica	To describe the scale-up of a decentralized HIV treatment programme delivered through the primary health care system in rural KwaZulu-Natal, South Africa, and to assess trends in baseline characteristics and outcomes in the	Series temporales de datos	Pacientes atendidos en las unidades sanitarias del subdistrito de Hlabisa en el distrito de Umkhanyakude en

Referencia	Año	País	Pregunta de investigación / Objetivo*	Tipo de estudio	Muestreo
			study population		KwaZulu-Natal.
<b>Rashidian 2013(105)</b>	2013	Irán	assess the effects on hospital utilization rates of a major health system reform – a family physician programme and a social protection scheme – undertaken in rural areas of the Islamic Republic of Iran in 2005	Series temporales de datos	Se utilizó el sistema de información de las unidades sanitarias y todos los pacientes que elegibles fueron incluidos.
<b>Reidy 2014(106)</b>	2014	Kenia	Efecto de la descentralización en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sobre la incidencia de malaria en municipios colombianos.	Series temporales de datos	Muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional. Muestra diseñada para obtener representatividad del estado de descentralización de todos los municipios colombianos
<b>Saly 2006(107)</b>	2006	Camboya	To compare delays to treatment and behaviour of patients up to diagnosis, between the pilot districts where DOTS is decentralized through the health centres, and the control districts where DOTS is provided through hospitals.	Estudio de cohorte con solo grupo intervención pre y post intervención	Todos los pacientes con esputo positivo registrados entre el 1 de Mayo y 31 de Julio de 2002
<b>Vargas 2010(108)</b>	2010	México	this paper primarily focuses on the identification of performance differentials between centralized and decentralized health care providers in rural Mexico	Estudio descriptivo de corte	Se han utilizado datos de la encuesta "oportunidades" realizada en el 2003. No está claro el método de muestreo utilizado en esta encuesta
<b>Wei 2008(109)</b>	2008	China	To evaluate whether decentralisation would result in improvements in patient access to TB services while maintaining the quality of the DOTS strategy.	Estudio descriptivo de corte	No está claro cómo se realizó el muestreo en este estudio.

\* Pregunta de investigación u objetivo según se recoge en el artículo publicado (incluyendo idioma)



Tabla 11. Características generales de los estudios con metodología mixta incluidos en la revisión sistemática de la literatura.

Referencia	Año	País	Pregunta de investigación / Objetivo*	Tipo de estudio	Muestreo
<b>Ansari 2011(110)</b>	2011	Pakistán	To assess the impact of devolution on these services from the point of view of the public.	Encuesta, EIC y GFD antes y después de la reforma	Dos rondas de entrevistas se realizaron a una muestra aleatoria elegida de forma estratificada en clúster. También se realizaron discusiones en grupos focales seleccionados de forma intencional.
<b>Ayala 2002(111)</b>	2002	Colombia	¿Qué consecuencias tiene la reestructuración del Sistema de Seguridad Social anteriormente descrito para los programas de salud pública a nivel municipal?	Análisis de documentos, análisis de datos de fuentes secundarias	Se seleccionaron 3 municipios de forma internacional, dos en un departamento con desarrollo económico avanzado (Antioquia) de la Costa Atlántica y uno en un departamento de poco desarrollo económico (Vichada) de la región oriental del país.
<b>Bedelu 2007(112)</b>	2007	Sudáfrica	we describe how the integration of HIV care and treatment into primary health care in Lusikisiki overcame some of the challenges of working in a resource-limited rural area, to achieve good treatment coverage and clinical outcomes	Análisis de documentos, análisis de datos de fuentes secundarias	No está claro en el artículo publicado
<b>Bossert 2003(113)</b>	2003	Zambia	it examines data on the financing and performance of the health system to assess the impact of decentralization on the financing, utilization and immunization coverage of the health system	Análisis de documentos y análisis de datos de fuentes secundarias	No queda claro en el documento publicado

Referencia	Año	País	Pregunta de investigación / Objetivo*	Tipo de estudio	Muestreo
<b>Campos-Outcalt 1995(114)</b>	1995	Papúa Nueva Guinea	The purpose of this paper is to analyse the effects of the introduction of this system on the administration of health services in the province	Entrevistas en profundidad y análisis de datos de fuentes secundarias	Se seleccionaron 20 de los 22 centros de salud y 13 de las 14 oficinas distritales. No está claro cuál fue la razón para esta selección.
<b>Carvajal 2004(115)</b>	2004	Colombia	se llevó a cabo un proyecto para determinar los efectos que la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia durante la década del noventa generó en las acciones de control de la tuberculosis en el departamento del Valle del Cauca.	Encuesta, EIC	Se seleccionaron 7 municipios de forma intencional
<b>Jaramillo 2002(116)</b>	2002	Colombia	El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de las reformas al sector salud en Colombia acaecidas desde 1990.	Análisis de documentos, análisis de datos de fuentes secundarias	No queda claro en el documento publicado
<b>Jimenez 2007(117)</b>	2007	Colombia	Estudio de caso en dos municipios a fin de describir los cambios en el control de malaria que pudieran relacionarse con las reformas en la política sanitaria de Colombia en el período 1982-2004.	Análisis de datos de fuentes secundarias y EIC	El componente cuantitativo se realizó con datos del sistema de información de los distritos. Los participantes en entrevistas a informantes clave se realizaron de forma intencional.
<b>Kroeger 2002(118)</b>	2002	Colombia	To collect information at national, state and district levels about the lessons learned from the transformation of the malaria control programme and to identify areas of action.	Análisis de documentos, EIC y análisis de datos de fuentes secundarias	Se realizaron entrevistas a 35 informantes clave seleccionados de forma intencional. Se realizaron 3 discusiones con grupos focales. Se utilizaron datos cuantitativos del sistema de información del país.

Referencia	Año	País	Pregunta de investigación / Objetivo*	Tipo de estudio	Muestreo
<b>Liu 2006(119)</b>	2006	China	To examine whether decentralisation resulted in improved management of human resources in the health sector.	Análisis de datos de fuentes secundarias, EIC y análisis de documentos	Se utilizaron datos del sistema de información de la prefectura de Longyan. La selección de este lugar de estudio fue intencional
<b>McPake 2003(120)</b>	2003	Colombia	The overall objective of the study was to explore the effects of the Colombian health reforms on public hospitals in Bogotá.	Análisis de datos de fuentes primarias y secundarias, EIC y análisis de documentos	Se seleccionaron unidades sanitarias de forma intencional
<b>Perks 2006(121)</b>	2006	Laos	No se presentó un objetivo claro del estudio	Análisis de documentos y análisis de datos de fuentes secundarias	Se mantuvieron varios talleres de análisis. No queda claro cómo se seleccionaron los participantes.
<b>Phommasack 2005(122)</b>	2005	Laos	This study was designed to understand the effects of decentralization and recentralization on the health care system.	Análisis de documentos, EIC y análisis de datos de fuentes secundarias	Se seleccionaron 7 provincias de forma intencional.
<b>Seshadri 2012(123)</b>	2012	India	We undertook a study to ask: 1) does the degree of decentralization under the NRHM correlate strongly with perceived decision space of the officials of the Department of Health and local government representatives at the district level and below? 2) Does the capacity of functionaries at different levels of the health system correlate with perceived decision space? 3) Does greater perceived decision space by any given functionary lead to better health outcomes?	Encuesta EIC	No se recoge información relativa al muestreo en el artículo publicado

Referencia	Año	País	Pregunta de investigación / Objetivo*	Tipo de estudio	Muestreo
<b>Wei 2011(124)</b>	2011	China	The study evaluated the impact of the MC policy on providers and patients in Gansu Province. The second objective was to assess the unique case of Ganzhou County compared with other counties in the province	Encuesta, EIC y grupos focales	Todos los servicios de microscopia de la provincia completaron un cuestionario. 169 pacientes se eligieron de forma aleatoria entre 4 de los distritos de la provincia para responder a un cuestionario específico para ellos. 38 profesionales de salud seleccionados de forma intencional participaron en entrevistas a informantes clave.

\* Pregunta de investigación u objetivo según se recoge en el artículo publicado (incluyendo idioma)

### **6.1.2. Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios**

Los resultados del análisis de la calidad de los estudios de los que se extrajo información cuantitativa o cualitativa se presenta en la Tabla 12 y Tabla 13 respectivamente.

Ninguno de los estudios cuantitativos incluidos en esta revisión sistemática de la literatura ha obtenido la categoría “fuerte” tras analizar su calidad metodológica. 16 estudios han sido considerados como calidad “moderada” y 14 como “débil”. Analizando las distintas áreas evaluadas, se observa que, en términos generales, el manejo de los factores de confusión y los métodos de recolección de datos ha sido adecuada en la mayor parte de los casos (17 y 18 estudios categorizados como “fuerte” en estas áreas respectivamente). Debido a que no hemos encontrado ningún estudio experimental que analice los efectos de la descentralización del sistema de salud, ningún estudio fue considerado como “fuerte” en esta área evaluada. Un tercio de los diseños se consideraron “moderada” y un tercio “débil”. Finalmente, para la mayor parte de los estudios (n=28), el enmascaramiento fue “moderado”.

El análisis de la calidad de estudios cualitativos no ofrece un resultado global para el estudio, sino que se evalúan las distintas preguntas por separado. Únicamente 1 estudio cumple de forma satisfactoria con todas los criterios de la herramienta de evaluación. En términos globales, 11 estudios cumplen más del 75% de los criterios, 7 estudios cumplen entre el 50% y el 74% de los criterios y 8 estudios no cumplen al menos con la mitad de los criterios. La mayor parte de los estudios definen claramente la pregunta de investigación y, tanto la metodología cualitativa como el diseño del estudio son adecuados (84,6%, 84,6% y 79,6% respectivamente). Los resultados se presentan con claridad en el artículo publicado también en la mayor parte de los estudios (80,8%). En el otro lado del espectro, menos de la mitad de los estudios recogieron los datos de forma adecuada, consideraron los aspectos éticos de forma adecuada o realizaron análisis riguroso. Finalmente menos de un 10% de los estudios consideraron adecuadamente la relación entre los investigadores y los participantes en los estudios.

Tabla 12. Resultados de la evaluación de la calidad de estudios con información cuantitativa.

	Abdullah 2008	Ali 2014	Anokbonggo 2004	Ansari 2011	Arrieta 2011	Atkinson 2004	Bernatas 2003	Bixby 2004	Blas 2001	Borrero 2012	Bossert 2003	Boyer 2010	Boyer 2011	Boyer 2012	Chan 2010
A. Riesgo de sesgo de selección	W	W	W	S	W	M	S	M	M	M	W	S	S	M	S
B. Características del diseño del estudio	M	M	M	M	M	W	W	M	M	M	M	W	W	W	M
C. Manejo de los factores de confusión	W	W	W	S	S	W	S	S	W	S	S	S	S	S	S
D. Manejo del enmascaramiento	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	S	M	M	W	M
E. Métodos de recolección de datos	S	W	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	W	S
F. Abandonos del estudio	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
<b>Resultado Global</b>	<b>W</b>	<b>W</b>	<b>W</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>W</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>W</b>	<b>M</b>

W: weak (débil); M: Moderate (moderada); S: Strong (fuerte)

	El-Sony 2003	Fayorsey 2013	Guanais 2009	Hagstromer 2013	Kangangi 2003	Khaleghian 2004	Liu 2006	Loubiere 2009	Maharani 2014	Mutevedzi 2010	Rashidian 2013	Reidy 2014	Saly 2006	Vargas 2010	Wei 2008
A. Riesgo de sesgo de selección	M	W	S	M	S	W	W	M	W	M	W	M	S	W	W
B. Características del diseño del estudio	M	M	M	M	M	M	W	W	W	M	M	M	M	W	W
C. Manejo de los factores de confusión	W	S	W	S	W	S	S	W	S	S	W	W	W	W	S
D. Manejo del enmascaramiento	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
E. Métodos de recolección de datos	S	W	W	W	S	S	W	S	W	W	W	S	W	W	W
F. Abandonos del estudio	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
<b>Resultado Global</b>	<b>M</b>	<b>W</b>	<b>W</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>W</b>	<b>W</b>	<b>W</b>	<b>M</b>	<b>W</b>	<b>M</b>	<b>W</b>	<b>W</b>	<b>W</b>

W: weak (débil); M: Moderate (moderada); S: Strong (fuerte)

Tabla 13. Resultados de la evaluación de la calidad de estudios con información cualitativa.

	Anokbonggo 2004	Ansari 2011	Ansari 2011	Arredondo 2006	Arredondo 2008	Arredondo-López 2014	Ayala 2002	Bedelu 2007	Bossert 2003	Campos-Outcalt 1995	Carvajal 2004	Jaramillo 2002	Jimenez 2007
1. Los autores definen claramente los objetivos de la investigación	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si
2. La metodología cualitativa es apropiada para cumplir los objetivos del estudio	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	?	Si	Si	Si	Si	Si
3. El diseño del estudio es apropiado para cumplir con los objetivos	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	?	?	Si	Si	?	Si
4. La estrategia de reclutamiento de los participantes es apropiada para cumplir los objetivos del estudio	?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	?	?	?	Si	?	Si
5. Los datos se recogieron de una forma adecuada	?	Si	?	Si	Si	?	Si	?	?	?	Si	?	Si
6. Se ha considerado adecuadamente la relación entre los participantes y los investigadores	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Si
7. Se han considerado adecuadamente los aspectos éticos de la investigación	?	Si	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	Si
8. El análisis ha sido suficientemente riguroso	?	?	?	Si	Si	No	Si	?	?	Si	?	?	Si
9. Los resultados se presentan con claridad	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	Si
10. Qué valor tiene esta investigación	B	A	M	M	A	M	M	A	A	M	B	B	A

B: Bajo; M: Medio; A: Alto

Continuación Tabla 13

	Kroeger 2002	Liu 2006	McPake 2003	Munga 2009	Newell 2005	Perks 2006	Phommasack 2005	Regmi 2010	Saide 2001	Santos 2008	Shaikh 2012	Vincente 2013	Wei 2011
1. Los autores definen claramente los objetivos de la investigación	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
2. La metodología cualitativa es apropiada para cumplir los objetivos del estudio	Si	Si	Si	Si	Si	?	Si	Si	Si	?	Si	?	Si
3. El diseño del estudio es apropiado para cumplir con los objetivos	Si	Si	Si	Si	Si	?	Si	Si	Si	?	Si	?	Si
4. La estrategia de reclutamiento de los participantes es apropiada para cumplir los objetivos del estudio	Si	Si	Si	Si	Si	?	Si	Si	Si	?	Si	?	Si
5. Los datos se recogieron de una forma adecuada	Si	?	Si	Si	?	?	?	?	?	?	Si	?	Si
6. Se ha considerado adecuadamente la relación entre los participantes y los investigadores	No	No	No	No	No	No	No	No	?	No	No	No	No
7. Se han considerado adecuadamente los aspectos éticos de la investigación	Si	?	Si	Si	?	?	?	Si	?	Si	?	No	Si
8. El análisis ha sido suficientemente riguroso	Si	?	Si	Si	?	?	?	Si	?	?	Si	?	Si
9. Los resultados se presentan con claridad	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
10. Qué valor tiene esta investigación	M	M	M	A	M	M	M	A	M	B	M	B	A

B: Bajo; M: Medio; A: Alto



### 6.1.3. Descripción de los modelos de descentralización

Los estudios incluidos han analizado los procesos de descentralización de 29 países (13 países africanos, 10 países asiáticos, 4 países en Sudamérica y un país en Norteamérica y Oceanía). La mayor parte de las reformas descritas se llevaron a cabo en los 80s y 90s (n=13) y abarcaban prácticamente todo el espectro posible de la descentralización (desconcentración, devolución o delegación).

En relación a qué área del sistema de salud fue descentralizada en cada reforma, se puede observar una amplia variabilidad entre los países. En la mayor parte de los países únicamente se descentralizó una de las áreas o “building blocks” del sistema de salud (gobernanza, financiación, acceso a medicamentos y equipos sanitarios, sistema de información, recursos humanos o provisión de servicios). Sólo en 7 estudios realizados en 5 países (Brasil, Colombia, Laos, Mozambique y Turquía) los autores consideraron que la reforma afectaba a las 6 áreas del sistema de salud

La provisión de servicios de salud fue el área más frecuentemente descentralizada en los países de los estudios incluidos en esta revisión sistemática (n=26). En un número considerable de estudios se analizó específicamente la descentralización de servicios para pacientes con tuberculosis o personas viviendo con VIH (n=16). La gobernanza del sistema fue descentralizada en 20 países, el sistema de financiación en 14 países, la gestión de recursos humanos en 12 países, la gestión de medicamentos y equipamiento sanitario en 8 países y, por último, el sistema de información sanitaria fue descentralizado en 7 de los países incluidos (ver Tabla 14). Para una descripción más detallada del proceso de descentralización de cada país según se presenta en el artículo publicado ver la Tabla 15.

**Tabla 14. Países que han descentralizado alguno de los "Building Blocks".**

Área del sistema de salud	Países que han descentralizado este área
Gobernanza	Brasil, China, Colombia, Chile, Costa Rica, Filipinas, India, Indonesia, Laos, México, Mozambique, Nepal, Pakistán, PNG, Perú, Sudáfrica, Turquía, Uganda, Zambia, Lesoto.
Financiación	Brasil, China, Colombia, Chile, Costa Rica, Indonesia, Irán, Laos, México, Mozambique, PNG, Perú, Turquía, Zambia, Lesoto.
Gestión de medicamentos y equipos	Brasil, Colombia, Indonesia, Laos, Mozambique, Pakistán, PNG, Turquía, Uganda.
Sistema de información	Brasil, Colombia, Costa Rica, Filipinas, Laos, Mozambique, PNG, Turquía.
Gestión de RRHH	Brasil, China, Colombia, Irán, Laos, México, Mozambique, Pakistán, PNG, Sudáfrica, Tanzania, Turquía, Zambia.
Provisión de servicios	Brasil, Camboya, Camerún, China, Colombia, Colombia y Chile, Costa Rica, Djibouti, Etiopía, Filipinas, Irán, Kenia, Kenia, Lesoto, Mozambique, Ruanda, and Tanzania., Laos, Malawi, México, Mozambique, Lesoto, Nepal, Pakistán, PNG, Perú, Sudáfrica, Sudan, Turquía, Uganda, Zambia

Tabla 15. Descripción de los procesos de descentralización en cada país.

País	Referencia	Elementos de la reforma analizados en el estudio	Periodo de la reforma	Gobernanza	Financiación	Acceso a med. Vac. Y equip.	Sistema de información	Recursos humanos	Provisión de servicios
Brasil	Atkinson 2004	Descentralización de la mayor parte de las funciones del sistema de salud a los municipios.	NA	S	S	S	S	S	S
	Guanais 2009	Descentralización de la gestión de centros de salud y hospitales al nivel municipal.	desde 1988	S	S	S	S	S	S
	Santos 2008	Descentralización a los municipios de la vigilancia epidemiológica	Desde 1992	?	?	?	S	S	?
Camboya	Saly 2006	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con tuberculosis.	2002	N	N	N	N	N	S
Camerún	Boyer 2010	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con VIH.	2001 - 2003	N	N	N	N	N	S
	Boyer 2011	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con VIH.	2001 - 2003	?	?	?	?	?	S
	Boyer 2012	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con VIH.	2005 - 2008	N	N	N	N	N	S
	Loubiere 2009	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con VIH.	2005 - 2008	N	N	N	N	N	S
China	Wei 2008	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con tuberculosis.	2005	N	N	N	N	N	S
	Liu 2006	Ha consistido en una serie de reformas progresivas dirigidas a aumentar la autonomía de las instituciones en relación a: cobro y utilización de impuestos, gestión de recursos humanos y toma de decisiones	Desde 1980	S	S	?	?	S	S
	Wei 2011	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con tuberculosis.	2004	N	N	N	N	N	S
Colombia	Borrero 2012	Descentralización a los distritos de la gestión del programa de malaria	2001	S	?	?	S	?	S
	Ayala 2002	Con la promulgación de la ley 100, Colombia pasó a tener un sistema basado en seguridad social. Como parte de esta reforma la gestión del sistema de salud pasó a las estructuras periféricas del estado.	1990 - 1993	S	S	S	?	S	S
	Carvajal 2004	Descentralización de la gestión del programa de lucha contra la tuberculosis.	1993	S	S	?	?	?	S

País	Referencia	Elementos de la reforma analizados en el estudio	Periodo de la reforma	Gobernanza	Financiación	Acceso a med. Vac. Y equip.	Sistema de información	Recursos humanos	Provisión de servicios
	Jaramillo 2002	Con la promulgación de la ley 100, Colombia pasó a tener un sistema basado en seguridad social. Como parte de esta reforma la gestión del sistema de salud pasó a las estructuras periféricas del estado.	Desde 1990	S	S	?	?	S	S
	Jimenez 2007	Descentralización a los distritos de la gestión del programa de malaria	desde 1988	S	S	S	S	S	S
	Kroeger 2002	Transferencia de la responsabilidad de proveer servicios para controlar la malaria a los gobiernos locales	1994	S	?	?	S	S	S
	McPake 2003	Ley 100: Puesta en marcha de un sistema de protección social con acciones de mercado para aumentar la competitividad y eficiencia de los hospitales	1993	S	S	S	S	S	S
<b>Colombia y Chile</b>	Bossert 2003	Colombia: puesta en marcha de un sistema de protección social con acciones de mercado para aumentar la competitividad y eficiencia de los hospitales Chile: transferencia de la responsabilidad de gestión financiera a los municipios	Colombia: 1993 Chile: desde 1980	S	S	?	?	?	S
<b>Costa Rica</b>	Bixby 2004	Entre las piezas clave de la reforma en la búsqueda de una mayor eficiencia se encuentran los llamados "compromisos de gestión", documentos que suscriben los gerentes locales de la gestión de salud (directores de áreas, de clínicas y hospitales) en el que se establecen metas e indicadores de progreso que sirven para la asignación de recursos y el posterior seguimiento de la gestión.	1995	S	S	?	S	?	S
<b>Djibouti</b>	Bernatas 2003	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con tuberculosis.	2000	?	?	?	?	?	S
<b>Etiopia</b>	Hagstromer 2013	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con VIH.	2009	N	N	N	N	N	S
<b>Filipinas</b>	Vincente 2013	Descentralización de la planificación y la provisión de servicios.	NA	S	N	N	S	N	S
<b>India</b>	Seshadri 2012	No queda claro en el artículo los elementos principales de la reforma del sector salud.	Mediados de 1980 en	S	?	?	?	?	?

País	Referencia	Elementos de la reforma analizados en el estudio	Periodo de la reforma	Gobernanza	Financiación	Acceso a med. Vac. Y equip.	Sistema de información	Recursos humanos	Provisión de servicios
		Parece que al menos se descentralizó la toma de decisiones	adelante						
<b>Indonesia</b>	Maharani 2014	Indonesia es uno de los países en los que la descentralización se ha realizado de forma más rápida. Esta descentralización no solo afecta al ámbito de la salud. Este estudio analiza específicamente el impacto de la descentralización fiscal a los distritos.	Desde 2001	N	S	N	N	N	N
<b>Irán</b>	Rashidian 2013	Descentralización de la provisión de servicios basada en atención primaria. Se aumentó el número de médicos y matronas en zonas rurales y se implantó un sistema de cupones que daban acceso gratuito a la atención hospitalaria.	Junio 2005	N	S	N	N	S	S
<b>Kenia</b>	Kangangi 2003	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con tuberculosis.	1997	?	?	?	?	?	S
	Reidy 2014	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con VIH.	2007	N	N	N	N	N	S
<b>Kenia, Lesoto, Mozambique, Randa, and Tanzania.</b>	Fayorsey 2013	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con VIH.	NA	?	?	?	?	?	S
<b>Laos</b>	Perks 2006	Transferencia de la gestión en salud a los distritos con actividades para fortalecer su capacidad	Desde 1991	S	S	S	S	S	S
	Phommasack 2005	Se transfirió a las provincias la responsabilidad de planificar, financiar y proveer los servicios de salud	1987 - 1991	S	S	S	S	S	S
<b>Malawi</b>	Chan 2010	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con VIH.	2004	N	N	N	N	N	S
<b>México</b>	Vargas 2010	Descentralización de la financiación y provisión de servicios en algunas regiones del país	Desde 1980	S	S	?	?	S	S
	Arredondo 2006	Transferencia de la gestión financiera y promoción de sistemas de participación comunitaria	1994	S	S	?	?	?	?
	Arredondo	Sistema de financiación a través de los estados	Desde 2002	S	S	?	?	S	?

País	Referencia	Elementos de la reforma analizados en el estudio	Periodo de la reforma	Gobernanza	Financiación	Acceso a med. Vac. Y equip.	Sistema de información	Recursos humanos	Provisión de servicios
	2008	con diferentes esquemas para los diferentes tipos de población							
	Arredondo-López 2014	El país sufrió varias reformas del sector salud en diferentes periodos. Además de descentralizar la gestión y toma de decisiones a los niveles periféricos, también se realizaron una serie de reformas estructurales para aumentar la cobertura y equidad del sistema de salud (paquete esencial de servicios y financiación)	1980-2000 (reforma 1) 2001-2006 (reforma 2 y 3)	S	S	?	?	?	S
<b>Mozambique</b>	Saide 2001	Reforma del sector salud basada en atención primaria con descentralización de la gestión de recursos, implantación de fondos rotatorios en unidades sanitarias y actividades para la mejora de la calidad asistencial	1996 -1998	S	S	S	S	S	S
	Newell 2005	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con tuberculosis.	NA	S	?	?	?	?	S
<b>Nepal</b>	Regmi 2010	Transferencia de la toma de decisiones al nivel local. Reestructuración de los servicios de salud y su gestión a nivel local. Creación de comités de salud para fomentar la participación comunitaria.	1999	S	?	?	?	?	S
	Ansari 2011	Descentralización (devolución) de la gestión y provisión de servicios a los distritos.	desde el 2001	S	?	S	?	S	S
<b>Pakistán</b>	Shaikh 2012	Devolución de las funciones administrativas y financieras del gobierno a los distritos (incluyendo el sector salud)	2000	S	S	S	S	S	S
<b>Papúa Nueva Guinea</b>	Campos-Outcalt 1995	Descentralización progresiva de todas las funciones del sistema de salud a las provincias. Algunas provincias también intentaron descentralizar sus funciones a los distritos.	Desde 1983	S	S	S	S	S	S
<b>Perú</b>	Arrieta 2011	Descentralización de la toma de decisiones a nivel local y puesta en marcha de una serie de seguros sociales para aumentar el acceso de la población a los servicios de salud.	1997	S	S	?	?	?	S
	Mutevedzi 2010	Descentralización de la provisión de cuidados a pacientes con VIH.	2004	N	N	N	N	N	S
<b>Sudáfrica</b>	Bedelu 2007	Descentralización de la provisión de cuidados a	2004 - 2006	S	?	?	?	S	S

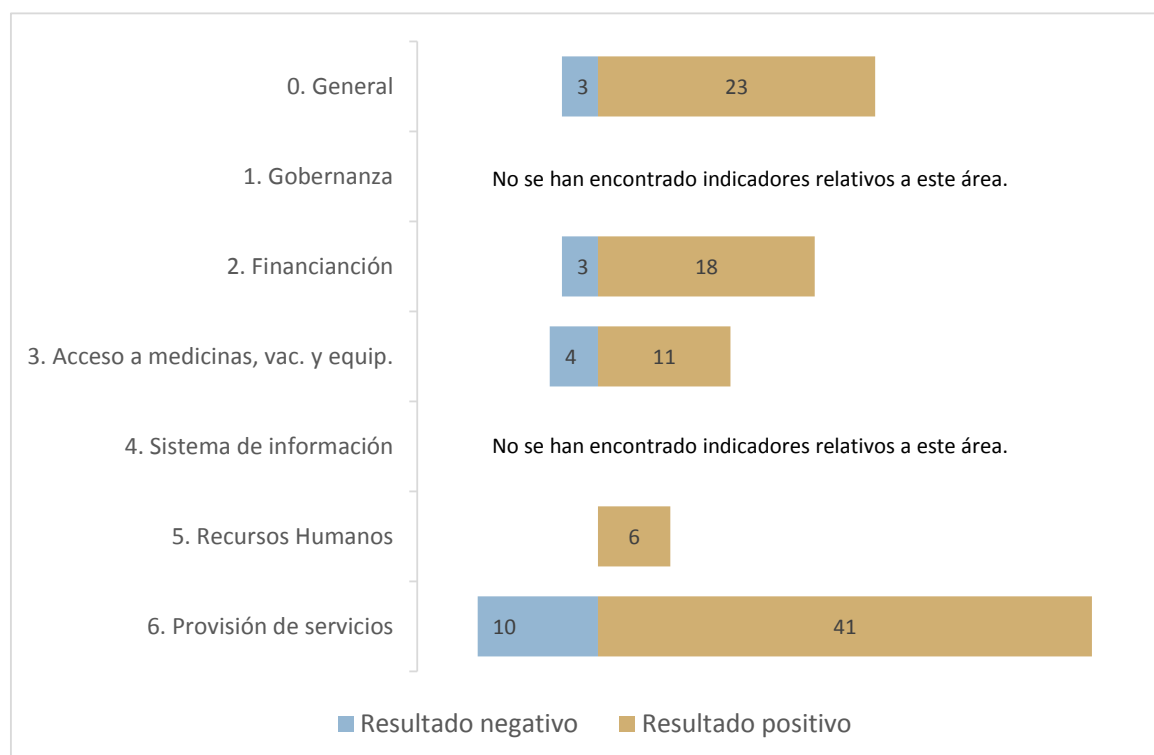
País	Referencia	Elementos de la reforma analizados en el estudio	Periodo de la reforma	Gobernanza	Financiación	Acceso a med. Vac. Y equip.	Sistema de información	Recursos humanos	Provisión de servicios
		pacientes con VIH.							
<b>Sudan</b>	El-Sony 2003	Descentralización de la gestión del programa de lucha contra la tuberculosis.	2000	?	?	?	?	?	S
<b>Tanzania</b>	Munga 2009	Proceso de re-centralización de la gestión de recursos humanos en salud en 2006	1982 - descentralización 2006 - re-centralización	N	N	N	N	S	N
<b>Turquía</b>	Ali 2014	Reforma profunda del sector salud en el que, además de descentralizar la toma de decisiones, se reestructuró el sistema de financiación, supervisión, control de calidad y el paquete esencial de servicios.	2008-2010	S	S	S	S	S	S
<b>Uganda</b>	Anokbonggo 2004	Descentralización de las funciones administrativas, la gestión de recursos y la provisión de servicios a los distritos	Desde 1994	S	?	S	?	?	S
<b>Zambia</b>	Blas 2001	Transferencia de la responsabilidad de planificar las intervenciones en salud al distrito	1993 - 1997	S	S	?	?	?	S
	Bossert 2003	Desconcentración a los oficiales de distrito y delegación a los "Central Boards of Health" con cierto grado de autonomía de los hospitales	Desde 1992	S	S	?	?	S	S
<b>Varios países (n=144)</b>	Khaleghian 2004	El estudio que analiza los procesos de descentralización en varios países. Consideran que ha habido descentralización si los niveles periféricos asumieron competencias al menos en financiación o toma de decisiones.	NA	S	S	?	?	?	S

S: Si; N: No; ?: No hay información suficiente en el artículo publicado; NA: No disponible

#### 6.1.4. Efectos de la descentralización del sistema de salud

Las reformas del sector salud basadas en la descentralización del sistema sanitario a la periferia, han tenido efectos diversos en los distintos países. Analizando la información extraída de estudios cuantitativos, se puede decir que la descentralización ha tenido, en general, efectos positivos en los países estudiados. La Figura 14 presenta el número de indicadores extraídos de los estudios que indican un efecto de la descentralización positivo o negativo según las áreas del sistema de salud. En la mayor parte de los casos, los resultados positivos se relacionan con indicadores generales e indicadores relacionados con la provisión de servicios, seguidos por indicadores relacionados con la gestión de medicamentos y equipos médicos, financiación y, por último, la gestión de recursos humanos. También se señalan resultados negativos de la descentralización en las áreas anteriormente mencionadas, pero con una frecuencia mucho menor. No se encontró ningún indicador cuantitativo referente al efecto de la descentralización sobre la gobernanza del sistema de salud o sobre el sistema de información. Todos los indicadores extraídos de estudios cuantitativos pueden verse en la Figura 14.

**Figura 14. Número de indicadores extraídos organizados en función de los "Building Blocks".**





Los datos extraídos de estudios cualitativos presentan una situación mucho menos definida en favor o en contra de la descentralización. Como se describió en la sección de métodos, las citas extraídas corresponden a percepciones positivas o negativas del proceso de descentralización según como se presenta en el artículo publicado. Aunque se identificó un mayor número de percepciones positivas en lo que respecta al efecto general de la descentralización, cuando analizamos las áreas por separado, se puede ver un patrón más inespecífico. El efecto sobre la financiación del sistema y la provisión de servicios tiende a ser positivo de acuerdo al número de comentarios positivos y negativos identificados en los estudios. Por el contrario, la gestión de medicamentos y equipos médicos, el sistema de información y la gestión de recursos humanos se han visto negativamente afectadas por la descentralización. Por último, la gobernanza del sistema de salud se ha visto positiva y negativamente afectada en un número parecido de casos (ver Figura 15).

**Figura 15. Número de citas extraídas organizados en función de los "Building Blocks".**



Un elemento que llama la atención comparando los resultados de estudios cuantitativos y estudios cualitativos es que, a pesar de que el mayor número de comentarios (positivos y negativos) están relacionados con los efectos de la descentralización en la gobernanza del sistema de salud, no se haya encontrado ninguna medida cuantitativa de ese efecto. En teoría, los resultados de estudios cualitativos, deberían ser utilizados como base para el diseño de los estudios cuantitativos que cuantifiquen factores que son considerados relevantes. El hecho de que este proceso no se realice a menudo, no es exclusivo de los estudios relativos a la descentralización del sistema de salud, evidenciándose en múltiples ocasiones la falta de armonía entre los resultados de los estudios cualitativos y lo medido en estudios cuantitativos (125).

#### **6.1.4.1. Efectos generales de la descentralización**

##### **6.1.4.1.1. Resultados de estudios cuantitativos**

Los estudios cuantitativos incluidos en la revisión sistemática, han medido los efectos generales de la descentralización del sistema de salud utilizando dos tipos de indicadores principales: indicadores de mortalidad y/o indicadores de resultados del sistema de salud sobre la salud de la población.

Todos los estudios que han estimado indicadores de mortalidad, muestran efectos positivos de la descentralización sobre la mortalidad general en adultos (97), mortalidad en niños (88, 98, 121) o mortalidad materna (121). Bixby et al. compararon la mortalidad en adultos, la mortalidad en niños y la mortalidad por enfermedades transmisibles en áreas de Costa Rica que tenían un funcionamiento descentralizado con áreas con un funcionamiento centralizado. Se estimó que el riesgo relativo de muerte en distritos con funcionamiento descentralizado comparado con los distritos centralizados era 0.98 (IC<sub>95%</sub> 0.96 to 0.99) para adultos, 0.92 (IC<sub>95%</sub> 0.88 to 0.97) para niños y 0.89 (IC<sub>95%</sub> 0.84 to 0.95) teniendo en cuenta únicamente enfermedades transmisibles (88). En Brasil se encontraron resultados parecidos en un análisis del proceso de descentralización basada en atención primaria que se llevó a cabo en el país entre los años 1998 y 2006. Se estimó que la tasa de mortalidad postnatal (íntimamente ligada al desempeño del sistema de salud) disminuyó significativamente en

0.8% (IC<sub>95%</sub> -1.28 to -0.32  $p < 0.05$ ) con respecto a antes de la reforma (98). Perks et al. y Jimenez et al. encontraron resultados similares en Laos y Colombia (117, 121). El efecto positivo de la descentralización sobre la mortalidad fue más marcado cuando se analizaron reformas que afectaban a programas nacionales de alguna de las enfermedades prioritarias (principalmente VIH, tuberculosis o malaria). Fayorsey et al., en su análisis de la descentralización de la provisión de servicios de atención a personas que viven con VIH en Kenia, Lesoto, Mozambique, Ruanda y Tanzania, encontró que el riesgo relativo de muerte por causas generales en unidades descentralizadas respecto a unidades centralizadas, era de 0.66 con un valor de  $p$  de 0.028 (97). Estudios en Sudáfrica, Camerún y Kenia encontraron disminuciones en la mortalidad de pacientes en tratamiento antirretroviral, pero con un valor de la  $p$  superior al 0.05 (no significativo estadísticamente) (92, 104, 106).

Cuando analizamos los indicadores de los resultados del sistema de salud sobre la salud de la población también encontramos mayoritariamente resultados positivos; y así, la descentralización de los cuidados a pacientes con tuberculosis de los hospitales a unidades sanitarias de la red de atención primaria ha demostrado ser efectiva en todos los estudios incluidos. Se ha visto que el hecho de tratar a los pacientes tuberculosos en centros de salud periféricos, aumentó la tasa de éxito del tratamiento antituberculoso (curados + tratamiento completo) en Djibuti (87), Sudan (96) y Kenia (100); aumentó la tasa de curación en China (109); y disminuyó la tasa de fallo terapéutico en Sudan (96). En la descentralización de los servicios para PVVIH, se encontró que los niveles de CD4 al inicio del tratamiento antirretroviral en pacientes atendidos en centros de salud (proxy para el acceso al sistema de salud), era significativamente mayor que aquellos pacientes atendidos en hospitales (102); asimismo, también mejoró la adherencia al tratamiento y el indicador general de situación del estado físico de los pacientes (102).

El único estudio que encontró un resultado negativo de la descentralización sobre la salud de la población fue realizado en Sudáfrica. En este estudio se observó que las unidades centralizadas obtenían mejores resultados que las unidades descentralizadas tanto en la carga viral a los 12 meses de pacientes con VIH como en la proporción de pacientes con carga viral inferior a 400 copias/ml (112).

#### 6.1.4.1.2. Resultados de estudios cualitativos

El efecto de la descentralización basándonos en la información extraída de estudios cualitativos presenta una imagen más dispar que la ofrecida por los datos cuantitativos. Varios autores concluyen que la descentralización ha tenido un efecto positivo en general. Regmy et al. en su análisis de la descentralización llevada a cabo en Nepal al final de los años 90 afirmaron: “Este estudio sugiere que, entre la población de estudio, la descentralización se asocia con un mayor acceso y utilización de servicios y una mejor prestación de servicios” (77). Esta mejora general en el desempeño de los programas y la provisión de servicios fue encontrada también en Pakistán (110), Sudáfrica (112), México (72) y Uganda (71). Algunos autores van más allá y concluyen que la descentralización ha tenido resultados positivos sobre la salud de la población en general (79, 124). También se señala en varios estudios la visión positiva que los políticos locales tienen sobre el proceso de descentralización y como éste ha ayudado a afianzarse en sus funciones en el distrito (77, 79, 110). Uno de los participantes en un estudio en Pakistán señaló: “Muchos Nazims citaron el apoyo de su electorado local como factor importante para ayudarles a prestar servicios de salud en sus distritos.” (110).

No obstante, diversos estudios encontraron efectos negativos generales de la descentralización. Liu et al. en su estudio publicado en 2006 sobre el proceso de descentralización de China (descentralización de la gestión financiera a la periferia) apunta que la devolución ha provocado: “(...) dificultades de financiación, falta de capacidad de gestión y deterioro de la dotación de personal (...)” (119). En esta línea de pensamiento, un participante en un grupo focal en Pakistán aseguró que: “los medicamentos del gobierno se desvían y se venden en el mercado, y los médicos y otros trabajadores de la salud esperan pagos no oficiales a cambio de la prestación de atención” tras la descentralización (110), apuntando a fallos importantes en la gestión de recursos. Este hecho no ha sido exclusivo de reformas generales del sistema de salud y, en esta línea, la descentralización de la gestión del programa de malaria en Colombia, llevó a un deterioro tal del sistema de información relativo a esta enfermedad, que tuvo un impacto en la planificación y posteriormente en las actividades de control de la enfermedad del programa (117).

Bossert et al. en su análisis de la descentralización en Zambia usando el abordaje de “espacios de decisión”, concluyeron que no se puede asegurar que la descentralización haya tenido un efecto positivo o negativo sobre el sistema de salud (113).

Se identificaron tres lecciones aprendidas principales sobre el proceso de implementación de las reformas en los distintos países. En primer lugar, Santos et al. afirmaron que una de las principales fuentes de efectos negativos de la descentralización giró en torno a la falta de implementación real del proceso (79). Una de las razones para esta falta de implementación real, señalada también por Ayala et al., está relacionada con la falta de capacidad del nivel periférico para asumir las funciones descentralizadas: “La mayor dificultad reconocida por la mayoría de los entrevistados fue el no haber tenido una adecuada preparación acerca de las funciones y responsabilidades establecidas en la ley y cómo debían ser éstas asumidas por los municipios.” (111). Por ello, una de las fortalezas encontradas en el programa Sayaboury en Laos fue contar con autoridades locales técnicamente competentes y estables en sus posiciones de gobierno (121). Por último, algunos autores sugieren que los procesos de descentralización corren el riesgo de descentralizar problemas que anteriormente estaban centralizados en lugar de ser una solución a los mismos (76).

#### **6.1.4.2. Efectos sobre la gobernanza**

##### **6.1.4.2.1. Resultados de estudios cuantitativos**

Como se apuntó anteriormente, ningún estudio de los incluidos en esta revisión sistemática de la literatura ha encontrado indicadores cuantitativos relativos al efecto de la descentralización sobre la gobernanza del sistema de salud.

##### **6.1.4.2.2. Resultados de estudios cualitativos**

Comentarios acerca de los efectos positivos de la descentralización sobre la gobernanza del sistema de salud giraron en torno a dos temas principales: toma de decisiones en salud y el proceso de planificación distrital.

Se observa que existe un consenso generalizado al afirmar que los procesos de descentralización han favorecido la inclusión de los agentes locales y las comunidades en los procesos de toma de decisiones en salud (73, 77, 80, 120, 123). Este aumento de la

participación se ha descrito, en la mayoría de los casos, como un proceso progresivo de empoderamiento de los actores locales. Por ejemplo, un participante en un grupo focal en un estudio en Nepal, afirma: “la comunidad está más involucrada en los servicios de salud. Inicialmente, los miembros de la comunidad eran reacios a visitar los servicios de salud. Desde la descentralización de los servicios de salud, se realizaron reunión para ofrecer información sobre los planes de salud y actividades, y el papel de la comunidad en los servicios de salud. Ahora, se alienta a los miembros de la comunidad para participar en los servicios a través del voluntariado y la representación de los diferentes grupos de la comunidad ". En el estudio mismo estudio, el autor concluye: “La comunidad se sintió empoderada e incluida en el proceso de planificación de los servicios” (77).

En lo referente a los procesos de planificación, la mayor parte de los autores coinciden en afirmar que la descentralización ha tenido un impacto positivo a la hora de adaptar las intervenciones en salud a las necesidades específicas de cada área (72, 73, 75, 77, 81, 118). Este efecto positivo de la descentralización se ha explicado gracias al mejor y mayor uso de los datos procedentes de sistemas de información locales (81), mayor participación de las autoridades locales en los procesos de planificación (77), el uso de recursos locales en la realización de actividades no contemplados en los planes generales del país (72). En relación a este último punto, Vincente et al. en su estudio del proceso de descentralización en Filipinas asegura que: “El uso de la evidencia y la discusión sistemática ayudó a determinar si esas estrategias eran de hecho la mejor manera de abordar las limitaciones del sistema de salud locales, y en ocasiones la recomendación nacional fue adaptada para dar cabida al contexto local.” (81).

Un efecto negativo de la descentralización sobre la gobernanza del sistema de salud, que ha sido señalado de forma repetida en distintos países, es el hecho de que tras la descentralización, las autoridades a nivel local utilicen su situación de poder para forzar la toma de decisiones en uno u otro sentido respondiendo a intereses espurios (75, 118, 119). Asimismo, también se constataron problemas en la coordinación de los distintos actores a nivel local (117) y, asociado a este problema, una falta de liderazgo claro para la toma de decisiones (117).

Varios estudios señalaron algunos elementos del proceso de descentralización que propiciaron y favorecieron la aparición de resultados negativos, concluyendo que dichos resultados no fueron debidos, en su opinión, a la descentralización per se, sino al proceso de ejecución de la reforma. Uno de los factores que aparecían con más frecuencia en los estudios era la falta de coordinación entre el nivel central y el nivel periférico. En este sentido, Arreondo et al. afirman: “En situaciones de conflicto entre partidos políticos en los niveles de gobierno federal vs. estatal, los acuerdos no avanzan y existen bajos niveles de coordinación y generación de conflicto entre niveles de gobierno llegando a bloquear, detener o condicionar la implementación de programas prioritarios” (74). Este elemento está unido, según algunos autores, al hecho de que en algunos países la descentralización no se ha hecho efectiva completamente. Es decir, aunque “en el reglamento o ley” el sistema de salud está descentralizado, la toma de decisiones, en lo relativo a elementos estructurales como la financiación o RRHH, sigue estando bajo el control del nivel central. Un participante en un grupo focal en Nepal lo expresaba de esta manera: “Puedo ponerlo de esta manera, después de 1999, observé algunos cambios positivos relacionados con la forma en que los pacientes o los usuarios eran tratados en los centros de salud locales. Todos los trabajadores de la salud son muy sensibles a la satisfacción de las necesidades e intereses de la comunidad. Las personas de la comunidad encargadas de gestionar los servicios de salud, fueron también muy activos; a menudo visitaron los servicios y proporcionaron información sobre las políticas a nivel nacional y local. No hay nada que yo pueda decir, pero el problema aquí es la falta de aplicación de las políticas a nivel local. Por ejemplo, en LGSA40 había un protocolo claro por el que los distritos y los centros de salud locales tienen derecho a contratar al personal necesario, pero aun así el gobierno central está en control de la contratación y la movilización de personal” (77).

#### **6.1.4.3. Efectos sobre la financiación**

##### **6.1.4.3.1. Resultados de estudios cuantitativos**

La mayor parte de los estudios muestran efectos positivos de la descentralización sobre la financiación del sistema de salud. Un primer grupo de resultados hace referencia a la disponibilidad de recursos financieros en los municipios y distritos tras la descentralización.

Abdullah et al. estiman que el gasto total en salud aumentó tras la descentralización llevada a cabo en Indonesia (82). Este incremento del gasto en salud fue observado tanto en distritos ricos (con más recursos locales) como en los distritos pobres. Por ejemplo, el gasto en salud en el distrito de Aceh Utara (distrito rico) pasó de 0.8 millones de dólares en el año 2000 a 4.6 millones en 2004. La misma tendencia se observó en los distritos de Banda Aceh y Sabang dónde el presupuesto para salud aumentó de 0.2 millones a 1,8 millones y de 0,1 millones a 1,1 millones respectivamente. Por el contrario, cuando se calcula la proporción que supone el gasto en salud respecto del gasto total del distrito, se observa que esta proporción únicamente aumentó en los distritos pobres y no en el rico (82).

En términos de equidad, también parece que la descentralización tiene efectos positivos. En el estudio de Bossert et al. analizando los procesos de descentralización en Colombia y Chile, se observa que el ratio del gasto per cápita en salud entre los municipios más ricos (decil más rico) y los más pobres (decil más pobre) pasó de 6,1 en 1994 (antes de la descentralización) a 1.18 en 1997 (después de la reforma). Es decir, que el gasto per cápita en salud pasó de ser 6 veces mayor en municipios ricos comparado con los municipios pobres antes de la reforma, a ser prácticamente igual después de la reforma (91). En un estudio con un abordaje similar realizado en Zambia, se estimó que el ratio de financiación recibida entre los distritos urbanos y rurales pasó de 1.14 a 0.99 (los distritos rurales pasaron a recibir más fondos que los urbanos) (113).

Esta mejora en la equidad financiera del sistema tras la descentralización está íntimamente relacionada con el pago que las familias tienen hacer cuando reciben atención sanitaria (pago completo de los servicios o copago). De acuerdo con varios estudios, el pago que las familias debían realizar para recibir servicios de salud disminuyó en todos los lugares donde este indicador fue investigado. Por ejemplo, el costo del tratamiento antirretroviral para los pacientes en Camerún bajó de 7.500 francos CFA a 5.400 francos CFA ( $p < 0.01$ ) (102). Weil et al. encontraron resultados similares para el costo para los pacientes del tratamiento de las complicaciones de la tuberculosis. En su estudio, se estimó que el costo fue 25,2 US\$ en distritos centralizados y 5,4 US\$ en distritos en los que la gestión del programa de lucha contra la tuberculosis estaba descentralizada ( $p < 0.0001$ ). También estimaron que el costo



del transporte para acudir al centro de tratamiento era significativamente más bajo para los pacientes en distritos descentralizados (3.08 US\$ en centralizados y 0,26 US\$ en descentralizados) (109). En Camboya y China se encontraron resultados similares (107, 124).

El estudio realizado por Atkinson et al. en Brasil es el único que describe un resultado negativo de la descentralización relacionado con la financiación del sistema. En una encuesta realizada en el estado de Ceará, cuando se preguntó sobre la capacidad de gestión financiera del sistema de salud, los entrevistados dieron un promedio de 6,68 puntos a los municipios descentralizados y de 3,92 puntos a los centralizados (la escala de puntuación utilizada iba de 0=buena capacidad a 8=poca capacidad) (86).

#### 6.1.4.3.2. Resultados de estudios cualitativos

La mayor parte de la información cualitativa obtenida sobre los efectos positivos de la descentralización del sistema de financiación estuvo relacionada con el aumento de los recursos financieros para salud tras la descentralización. En la mayor parte de los casos, este aumento procedía de recursos generados a nivel local (73-75, 116, 118). Estas nuevas fuentes locales de financiación surgieron en diferentes formas, desde impuestos recaudados y utilizados localmente (80) hasta la creación de instituciones con el fin de generar recursos (72). En México, por ejemplo, varios “informantes destacaron la creación de organizaciones de asistencia, como la Beneficencia Pública (*Public Welfare*), el establecimiento de cuotas de recuperación, la sustitución de los servicios y el estado y contribuciones municipales. La Beneficencia Pública (*Public Welfare*) fue identificado como una fuente de financiación muy importante para los servicios y el apoyo a la población más pobre” (72). También en México, el hecho de que la gestión de los fondos se realizara a nivel local favoreció un uso distinto de los fondos (más adaptado a las necesidades del sistema), que hubiera sido imposible durante el periodo de centralización (74).

Una de las amenazas de la descentralización del sistema de financiación a los gobiernos locales es que éstos utilicen su autonomía para imponer pagos a los pacientes por recibir los servicios de salud (copago). En un sistema descentralizado los gobiernos locales deben generar suficientes recursos para ofrecer la cartera de servicios recogida en el paquete

esencial de servicios. Por tanto, al no conseguir generar suficientes recursos por los medios habituales (impuestos directos o indirectos, aportaciones de los trabajadores formales...), algunos gobiernos locales de México y Colombia impusieron un copago para algunos de los servicios de las unidades sanitarias (72, 73, 117), que tiene un impacto negativo directo en la equidad del sistema, ya que las personas más pobres dejan de usar los servicios de salud por no poder pagarlos. Como apuntan los participantes en un estudio en México: “los efectos negativos estaban relacionados con un acceso más limitado a los programas en las zonas rurales, a las diversas formas de rechazo del copago y la falta de criterios claros para la participación de la comunidad ” (72).

Otro efecto negativo de la descentralización en la equidad del sistema estuvo definido por la pérdida de la función de redistribución de la riqueza por parte del nivel central. En principio, en un sistema de financiación centralizado, todos los ingresos van al nivel central y éste los distribuye a las distintas áreas en función de sus necesidades. Por el contrario, en un sistema descentralizado donde los gobiernos locales recaudan y usan sus propios ingresos, no hay medios para que las regiones más ricas subsidien a las más pobres (114, 122).

Una de las deficiencias en la implementación del proceso de descentralización, señalada por varios autores, es que aunque, en teoría, la gestión financiera del municipio o distrito está transferida a los gobiernos locales, en la realidad estas funciones siguen estando centralizadas (114). Como apuntan Arreondo et al.: “hay evidencia de un control excesivo a nivel central de la gestión de los recursos financieros. En ese sentido, es imperativo desarrollar un mecanismo donde el nivel local puede hacer una gestión más adecuada de los recursos financieros asignados por el nivel federal, cuando se trata de acciones de salud a nivel estatal o de los recursos del Estado cuando se trata de programas de salud a nivel municipal” (72).

#### **6.1.4.4. *Efectos sobre el acceso a medicinas, vacunas y equipamiento médico***

##### **6.1.4.4.1. Resultados de estudios cuantitativos**

Únicamente 3 estudios calcularon indicadores cuantitativos relacionados con esta área del sistema de salud. Anokbonggo et al. en su estudio de la descentralización en Uganda

estimaron la disponibilidad de una serie de medicamentos trazadores en las farmacias de dos hospitales distritales. Las mediciones se hicieron en 1992 (antes de la descentralización) y en 1999 (después de la descentralización). Se encontró un mayor stock de medicamentos tras la descentralización en 9 de los 13 medicamentos analizados en el estudio. Algunos de ellos como la ampicilina o la cloroquina pasaron de estar prácticamente fuera de stock a tener stock completo (84). Se encontraron resultados similares en Camerún donde se observó que las unidades sanitarias tenían existencias de tratamiento antirretroviral más frecuentemente después de la descentralización que antes de la misma (83).

Por último, cuando se preguntó a los usuarios de centros de salud en Turquía acerca de los recursos del sistema de salud, hasta un 74,5% de los encuestados aseguraban que la disponibilidad de recursos había mejorado con la descentralización (83).

#### 6.1.4.4.2. Resultados de estudios cualitativos

Los datos provenientes de estudios cualitativos muestran que, al contrario de lo encontrado en estudios cuantitativos, la descentralización ha tenido efectos negativos sobre la disponibilidad de medicinas, vacunas y equipos médicos. Hay pocos ejemplos en los que los entrevistados o los participantes en grupos focales afirmaran que la descentralización ha tenido efectos positivos en este ámbito. El análisis de McPake sobre la descentralización en Colombia es uno de los pocos que recogen comentarios positivos: “se realizaron muchos comentarios que reconocen mejoras reales en los servicios, en el suministro de recursos, en equipos, en el nivel de la respuesta, en el aumento de la sensibilidad a las necesidades del paciente, en los aspectos administrativos (procedimientos de facturación, tareas comités orientados), y en la percepción de los pacientes de la atención recibida en los hospitales”.(120). También en Uganda, los entrevistados aseguran que el sistema de aprovisionamiento distrital de medicamentos mejoró tras la descentralización (71).

Uno de los efectos negativos, comentado frecuentemente por los participantes en estudios cualitativos, es el aumento de la burocracia a nivel distrital como consecuencia de la descentralización (73, 78, 80, 118). Tanto la burocracia interna del distrito como la burocracia relacionada con la interacción con el nivel central se vieron afectadas

negativamente por la descentralización. Asimismo, como se apuntó también en relación a la financiación, no se desarrolló adecuadamente la capacidad de los gobiernos locales para asumir la gestión de los recursos de una manera eficaz y eficiente. En el caso de México, un proveedor de salud entrevistado apuntaba: “(...) los efectos negativos reportados incluyen la falta de conocimientos sobre los aspectos generales de la descentralización, así como los procesos en los que había poca participación de profesionales de la salud a nivel operativo, un conjunto de barreras políticas y una tendencia hacia la centralización en torno a la gestión de los recursos para los programas del nivel federal.” (72). En el caso de la descentralización del programa de lucha contra la malaria en Colombia, se señaló la dificultad de encontrar personal capacitado a nivel de los municipios para llevar a cabo la gestión del programa (117). Lo que en el sistema centralizado realizaba un único equipo multidisciplinar que acudía a cada municipio, en el sistema descentralizado se necesitaba un equipo de las mismas características en cada municipio. Esta situación fue apuntada por Carvajal et al. señalando que en 5 de los 7 municipios incluidos en el estudio, estos grupos estaban formados por una única persona (115). Munga et al. identificaron una situación similar en Tanzania: “se les está asignando a los distritos demasiadas responsabilidades que no coinciden con los recursos a su disposición, un fenómeno descrito como ‘responsabilidades sin recursos y autoridad’” (75).

#### **6.1.4.5. Efectos sobre el sistema de información**

##### **6.1.4.5.1. Resultados de estudios cuantitativos**

No se ha encontrado ningún indicador cuantitativo relacionado con el funcionamiento del sistema de información tras la descentralización.

##### **6.1.4.5.2. Resultados de estudios cualitativos**

Apenas se han identificado efectos de la descentralización sobre el sistema de información y la mayor parte de éstos corresponden a los procesos de descentralización de programas nacionales de enfermedades específicas (VIH, malaria o tuberculosis). En general, se observa que la calidad de la información tras la descentralización es menor. En el caso de Colombia, Carvajal et al. identificaron la descentralización como causa directa de este

empeoramiento: “Igualmente, se evidenció un deficiente sistema de información y supervisión de las acciones de tuberculosis por parte del sector público y en el sector privado no se observó diligenciamiento de información sobre las actividades de tuberculosis, lo que nos revela una reducción del papel estatal en la vigilancia y el control de las acciones de control.” (115). Una de las principales razones esgrimidas para esta peor calidad de la información es la falta de instrumentos adaptados a las capacidades y necesidades de los gobiernos locales (74). Resultados similares se encontraron en Papúa Nueva Guinea y Pakistán (80, 114).

Por último, otro efecto pernicioso de la descentralización del sistema de información es que cada municipio o distrito puede crear su sistema de información propio, con sistemas de recogida de datos e informes distintos en cada área, lo que puede dificultar la unificación de la información en el nivel central (118).

#### **6.1.4.6. Efectos sobre los recursos humanos**

##### **6.1.4.6.1. Resultados de estudios cuantitativos**

Todos los indicadores cuantitativos del efecto de la descentralización sobre los recursos humanos (RRHH) del sistema de salud muestran resultados positivos. En el análisis del efecto del proceso de descentralización en China sobre la gestión de RRHH, se encontró que, tanto el porcentaje de nuevos contratos en unidades sanitarias, como el número de formaciones a personal de salud, aumentaron con la descentralización (de 6% a 10% y de un promedio por año de 7,2 a 19,2 respectivamente) (119). En la misma línea de resultados, Jaramillo et al. encontraron que el número de funcionarios adscritos al sector salud en Colombia aumentó de 86.693 a 105.235 personas tras la descentralización. En este mismo estudio, se observó que el salario medio de los funcionarios también aumentó de 200 US\$/mes a 275 US\$/mes (116).

##### **6.1.4.6.2. Resultados de estudios cualitativos**

Contrariamente a lo encontrado en estudios cuantitativos, la mayor parte de los datos extraídos de estudios cualitativos apuntan a efectos negativos de la descentralización sobre la gestión de los RRHH del sector salud. Munga et al. analizaron el interesante proceso de

descentralización y posterior recentralización de la gestión de RRHH en Tanzania. Entre los pocos efectos positivos encontrados, Munga et al. apuntan que la descentralización permitió adaptar el reclutamiento del personal a las necesidades específicas de cada distrito. Asimismo, el hecho de que la responsabilidad de la gestión de RRHH estuviera en el nivel periférico fomentó la búsqueda de soluciones locales a los problemas locales. Como un alto cargo nacional del Ministerio de Sanidad en Tanzania apuntó: “Había un responsable trabajando con algunos hospitales que acudió al Ministerio de Salud para solicitar la asistencia del ministerio en conseguir médicos de su hospital. El ministerio no podía dar la asistencia necesaria. El responsable fue a la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud en la Región de Mwanza y habló directamente con los médicos. Ella les informó de los beneficios que obtendrían al trabajar con su hospital tanto en términos de incentivos financieros y no financieros. Finalmente cuatro médicos aceptaron ir a esa región después de su graduación. Si se les diera a todos los consejos de distrito la flexibilidad para utilizar directamente algunos de sus recursos para atraer a los trabajadores, se resolverían muchos problemas de escasez en los distritos con problemas” (75).

Entre los efectos negativos de la descentralización sobre la gestión de recursos humanos, uno de los más frecuentemente señalados fue la injerencia de las autoridades locales en los procesos de selección de personal sanitario (75, 80, 114). Como apuntó un dirigente nacional del ministerio de sanidad en Tanzania: “Hace unos tres o cuatro años, recuerdo que solicitamos enfermeras y oficiales clínicos para llenar las lagunas existentes en nuestros centros de salud. El Consejo había cambiado el presupuesto destinado a personal sanitario para contratar más agricultores. Más tarde he sabido que algunos concejales tenían parientes que eran Oficiales de Extensión Agrícola y que fueron contratados con este programa” (75). En este mismo estudio, se señala como negativa la carga burocrática que supone la descentralización de la gestión de RRHH. Retrasos en la contratación de personal (78), falta de pago de salarios (122) e incluso aumento en el costo total por profesional son algunos de los problemas identificados en Laos, México o Colombia (111).

La descentralización de la gestión de recursos humanos también parece haber afectado a la equidad en la distribución de los profesionales en las distintas regiones. En sistemas de

salud en los que existe una carencia de personal cualificado, la descentralización provoca que las distintas regiones compitan por ellos. Las grandes ciudades o las regiones con mayores recursos son capaces de ofrecer mejores condiciones a los sanitarios y, por tanto, son más atractivas para ellos. Esto puede aumentar la diferencias existentes entre regiones pobres y ricas o entre regiones urbanas y rurales (75,119).

#### **6.1.4.7. Efectos sobre la provisión de servicios**

##### **6.1.4.7.1. Resultados de estudios cuantitativos**

Los indicadores relacionados con la provisión de servicios han sido utilizados frecuentemente en estudios cuantitativos para analizar los efectos de la descentralización. Como en el resto de áreas, los indicadores recogidos en estudios cuantitativos muestran un efecto esencialmente positivo de la descentralización. La diversidad de indicadores utilizados por los distintos autores se puede clasificar en 5 grupos: indicadores de acceso a los servicios de salud, medidas de la calidad de los servicios, desempeño de los programas, grado de satisfacción de los usuarios e indicadores específicos de la atención a pacientes con VIH o tuberculosis.

La distancia a la unidad sanitaria es una de las medidas más básicas de acceso de la población al sistema de salud. En teoría, una de las principales ventajas de la descentralización es que ésta acerca los servicios a la gente. Wei et al. en China y Saly et al. en Camboya encontraron resultados que apoyan este postulado. En China la distancia a las unidades sanitarias disminuyó significativamente ( $p < 0.001$ ) tras la descentralización (124). De la misma manera, el porcentaje de población que tenía una unidad sanitaria a menos de 3 kilómetros aumentó en Camboya de 14.8% a 67.9% ( $p < 0.01$ ) (107). Como era de esperar, el tiempo necesario para acceder a las unidades sanitarias también se redujo significativamente con la reducción de la distancia a los centros (124). Otra medida más compleja del acceso de la población a los servicios es la utilización de los mismos. Este indicador está afectado no solo por la distancia al centro de salud, sino también por el costo, calidad del servicio o la percepción de necesidad. Los cambios en la utilización de los servicios como consecuencia de la descentralización han sido variables. En Laos y

Colombia se observó que la utilización de los servicios ambulatorios aumentó considerablemente tras la descentralización (de 41,000 pacientes a 120,000 en Laos (121) y del 81% de la población al 95% de la población en Colombia (116)). Blas et al. también encontraron resultados positivos en el análisis de la utilización de los servicios de salud tras el proceso de descentralización en Zambia. Allí la utilización de los servicios de salud aumentó hasta un 35% en consultas ambulatorias y un 6% en partos tras la descentralización. La utilización de servicios hospitalarios también se ha visto positivamente afectada por la descentralización. Rashidian et al. en su análisis de la descentralización de los servicios de salud en Irán estimaron que la probabilidad de tener acceso a una cama de hospital era 4,6 veces mayor en distritos descentralizados comparado con los centralizados ( $p < 0.0001$ ) (105). Estos resultados contrastan con los encontrados en otro estudio realizado por Phommasack en Laos donde analizó los efectos de la descentralización en las zonas rurales. En su estudio, encontró que la utilización de los servicios de salud durante el periodo centralizado se encontraba en el rango de 11 a 35 consultas por 10.000 habitantes y que éstas cayeron al rango de 0,4 a 1,5 consultas por 10.000 habitantes durante el periodo descentralizado (122). En la misma línea Ansari et al. encontraron en su estudio en Pakistán que el porcentaje de familias que utilizaban las unidades sanitarias del gobierno como primera elección cayó 6 puntos porcentuales entre el 2002 y el 2004 ( $p < 0.01$ ) (110). En México, también se observó que la utilización de servicios preventivos en unidades descentralizadas era un 3.6% menor que en unidades centralizadas ( $p = 0.02$ ) (108).

La cobertura de vacunación se ha utilizado ampliamente como un indicador de desempeño del sistema de salud en el contexto de la descentralización. En un estudio en el que se incluyeron datos de coberturas de vacunación de 144 países se observó que los efectos de la descentralización variaban en función del nivel de renta de los países. En el caso de países de baja renta, tanto la cobertura de vacunación de DTP3 (tres dosis de DTP) como la de sarampión era 8,8% (IC<sub>95%</sub> 3,9 a 13,7) y 8,8% (IC<sub>95%</sub> 3,9 a 13,7) mayor en países con descentralización respectivamente. Por el contrario, en países de renta media, las coberturas de vacunación de DTP3 y sarampión eran 4,9% (IC<sub>95%</sub> 1.5 a 8.4) y 5,5% (IC<sub>95%</sub> 1.9 a 8.2) menor en países descentralizados respectivamente (101). Resultados similares encontraron Atkinson et al. en su estudio en Brasil (86).



En una encuesta realizada en Turquía, Ali et al. encontraron que un 73.2% de los encuestados consideraban que la calidad de los servicios había mejorado tras la descentralización (83). En otras encuestas realizadas en Pakistán y Camerún, la satisfacción de los usuarios también aumentó significativamente con la descentralización (94, 110).

Con respecto a programas verticales de tuberculosis y VIH, los resultados de la descentralización son positivos en su mayor parte. Tanto la tasa de detección de pacientes con tuberculosis como el porcentaje de pacientes que tuvieron supervisores del tratamiento aumentaron en China significativamente tras la descentralización (109, 124). Igualmente, el porcentaje de pacientes que tuvieron al menos una visita domiciliaria aumentó y, como consecuencia, la tasa de abandono del tratamiento anti tuberculoso disminuyó significativamente (109). Resultados similares se encontraron en la descentralización del programa de tuberculosis en Kenia (100) y Camboya (107). Con respecto al programa de VIH se encontraron igualmente resultados positivos de la descentralización en todos los ámbitos de la provisión de servicios. El tiempo entre el diagnóstico de VIH y la primera consulta disminuyó (102) y el riesgo de abandono fue menor en las unidades descentralizadas (92, 95, 97, 106, 112). Por ejemplo, la OR de adherencia al tratamiento en unidades centralizadas comparado con unidades descentralizadas se estimó en 0.48 (IC<sub>95%</sub> 0.40 to 0.58) en Malawi (95).(95)

#### 6.1.4.7.2. Resultados de estudios cualitativos

El efecto de la descentralización sobre la provisión de servicios también fue objeto de múltiples comentarios y opiniones en estudios cualitativos. Aunque los comentarios positivos sobre la descentralización en este ámbito fueron más frecuentes, el número de comentarios negativos también fue alto.

Un efecto positivo identificado en Sudáfrica, México, Colombia, Nepal y Pakistán es el aumento de la cobertura de los servicios de salud como consecuencia de la descentralización (73, 77, 110, 112, 115). Como un participante en un grupo focal en Nepal aseguraba: “Creo que los servicios han mejorado, ya que están más cerca de la gente y porque la mayoría de las unidades sanitarias locales se encuentran al alcance de la

comunidad - de hecho, están en el centro del pueblo” (77). Este aumento de cobertura ha favorecido un mayor acceso de poblaciones apartadas (zonas rurales) o marginadas (guetos en las zonas urbanas).

También se identificaron consecuencias negativas en algunas zonas. Jimenez et al. en su análisis de la descentralización del programa nacional de malaria a los distritos en Colombia apuntan: “De acuerdo con los usuarios y agentes operativos entrevistados, en las zonas de Tarazá y Zaragoza donde se retiraron los funcionarios responsables de la lectura surgieron «lectores voluntarios», que cobran entre \$2,000 y \$4,000 (1 a 2 dólares) por tomar y leer la gota gruesa; aunque estas cuotas no son obligatorias las poblaciones de zonas apartadas de ambos municipios tienen que pagar de su bolsillo para contribuir al sostenimiento del lector y para reducir el riesgo de que el puesto sea cerrado” (117).

En relación a la calidad de los servicios de salud, la mayor parte de los comentarios apoyan que la calidad de los servicios aumentó con la descentralización. Algunas razones identificadas para este aumento de calidad fueron, por ejemplo, la puesta en marcha de actividades de supervisión desde las oficinas de distrito (75), porque los servicios estaban más adaptados a las necesidades de la población (77) o porque aumentaron los recursos destinados a la provisión de servicios (73, 120).

Por otro lado, el hecho de que algunas unidades tuvieran que generar recursos para su propio funcionamiento (ej. fondo rotatorio de medicamentos) tuvo un impacto negativo en algunos lugares: “Muchos grupos también dijeron que las personas evitan los centros de salud del gobierno debido a la mala actitud de médicos y otros trabajadores de la salud en estas instalaciones; se quejaron de que los pacientes no fueron tratados con respeto a menos que fueran ricos o influyentes, y se sintieron humillados a manos de los trabajadores de la salud” (110).

Finalmente, en relación al desempeño de los programas de salud una vez estos son descentralizados, la evidencia es mixta. Mientras en algunos países el funcionamiento de los programas y sus resultados fueron mejores tras la descentralización (73, 74, 120, 124), en otros la descentralización tuvo efectos negativos (111, 115, 117).

Tabla 16. Indicadores cuantitativos extraídos por país.

País	Indicador (referencia bibliográfica)	Resultado intervención	Resultado control	Medida de efecto (RR, OR, diferencia o similar)	Efecto
0. GENERAL					
<b>Brasil</b>	Mortalidad post neonatal en niños/as de 30 días a 1 año(98)			-0,8 (IC <sub>95%</sub> -1,28 to -0,32) p=<0,05	POSITIVO
<b>Camerún</b>	Coeficiente de regresión para la asociación entre ganancia de CD4 en centros de provincia vs capital(92)			-0,27 (IC <sub>95%</sub> -0,49 to -0,04) p=0,02	POSITIVO
	Coeficiente de regresión para la asociación entre adherencia al tratamiento ARV en centros de provincia vs capital(92)			2,19 (IC <sub>95%</sub> 1,03 to 4,68) p=0,04	POSITIVO
	Estado físico (medida con cuestionario HRQL)(94)			Mejor significativamente p=0,033	POSITIVO
	Estado físico (medida con cuestionario HRQL)(94)			p=<0,01	POSITIVO
	Niveles de CD4 al inicio del tratamiento (cel./mm3)(102)	146	130	p=0,00001	POSITIVO
	Coeficiente de regresión para la asociación entre ganancia de CD4 en centros de distritos vs capital(92)			-0,14 (IC <sub>95%</sub> -0,35 to 0,07) p=0,191	NEUTRAL
<b>China</b>	Tasa de curación de pacientes tuberculosos(109)	76,5%	73,7%	p=I - CI No significativo I-CE p<0,05	POSITIVO
<b>Colombia</b>	Muertes por paludismo (/100,000) en distrito de Zaragoza(117)	8	0		POSITIVO
	Muertes por paludismo (/100,000) en distrito de Zaragoza(117)	8	0		POSITIVO
	Muertes por paludismo (/100,000) en distrito de Tarazá(117)	18	1		POSITIVO
	Razón de tasas de incidencia de malaria(90)			2,36 (IC <sub>95%</sub> 1,57 to 3,56)	NEGATIVO
<b>Costa Rica</b>	RR de mortalidad en niños en áreas descentralizadas en comparación con áreas no descentralizadas(88)			0,92 (IC <sub>95%</sub> 0,88 to 0,97)	POSITIVO
	RR de muerte en adultos en áreas descentralizadas en comparación con áreas no descentralizadas(88)			0,98 (IC <sub>95%</sub> 0,96 to 0,99)	POSITIVO
	RR de muerte por enfermedades transmisibles en áreas descentralizadas en comparación con áreas no descentralizadas(88)			0,89 (IC <sub>95%</sub> 0,84 to 0,95)	POSITIVO
	RR de muerte por causas sociales en áreas descentralizadas en comparación con áreas no descentralizadas(88)			1,02 (IC <sub>95%</sub> 0,98 to 1,07)	NEUTRAL
	RR de muerte por afecciones crónicas en áreas descentralizadas en comparación con áreas no descentralizadas(88)			0,98 (IC <sub>95%</sub> 0,96 to 1)	NEUTRAL
<b>Djibouti</b>	RR de éxito terapéutico del tto. antituberculoso(87)			0,72 (IC <sub>95%</sub> 0,66 to 0,78) p=<0,001	POSITIVO
<b>Etiopia</b>	% de PLHIV que sufrieron un resultado adverso (muerte o pérdida de seguimiento)(99)	33,0%	37,0%		NEUTRAL

País	Indicador (referencia bibliográfica)	Resultado intervención	Resultado control	Medida de efecto (RR, OR, diferencia o similar)	Efecto
	% de pacientes pediátricos con bajo peso(99)			No diferencias significativas	NEUTRAL
Kenia	Tasa de fallo de tratamiento antituberculoso (nuevos)(100)	1,2%	3,5%	p=0,001	POSITIVO
	Tasa de éxito del tratamiento antituberculoso (curados + tratamiento completo)(100)	84,9%	87,6%	p=0,53	NEUTRAL
	Riesgo relativo de muerte en pacientes pre-ART en unidades central vs unidad periférica(106)			1,28 (IC <sub>95%</sub> 0,9 to 1,82)	NEUTRAL
	Riesgo relativo de muerte en pacientes pre-ART en unidades central vs unidad periférica(106)			0,94 (IC <sub>95%</sub> 0,67 to 1,32)	NEUTRAL
					NEUTRAL
Kenia, Lesoto, Mozambique, Ruanda, and Tanzania,	Mortalidad por 100 personas año (no ajustado)(97)	0,052	0,06	0,66 p=0,028	POSITIVO
Laos	Tasa de mortalidad materna (/100,000 nacidos vivos)(121)	110	218		POSITIVO
	Mortalidad infantil (/1000 nacidos vivos)(121)	21 (16 - 26)	47 (41 - 53)		POSITIVO
Malawi	OR ajustada del riesgo de muerte en unidades centrales vs periféricas(95)			0,19 (IC <sub>95%</sub> 0,15 to 0,25)	POSITIVO
Sudáfrica	% pacientes en seguimiento que murieron(112)	16,8% (13,9-20,1)	13,5% (10,4-17,1)	p=0,147	NEUTRAL
	Diferencia en resultados clínicos y de seguimiento(104)			No diferencias significativas	NEUTRAL
	Carga viral a los 12 meses(112)	49,7 (45,7-53,8)	9,5 (6,9-12,7)	p=<0,001	NEGATIVO
	Carga viral menor de 400 copias/ml a los 12 meses(112)	89,5% (85,5-92,8)	78,8% (62,4-89,2)	p=0,033	NEGATIVO
					NEGATIVO
Sudan	Tasa de éxito del tratamiento antituberculoso (curados + tratamiento completo)(96)	76,4%	68,1%	p=0,0001	POSITIVO
	Tasa de éxito del tratamiento antituberculoso (curados + tratamiento completo)(96)	72,5%	63,8%	p=0,0001	POSITIVO
	Tasa de fallo de tratamiento antituberculoso (nuevos)(96)	2,6%	2,0%	No diferencias significativas	NEUTRAL
	Tasa de fallo de tratamiento antituberculoso (retratamiento)(96)	1,5%	2,0%	No diferencias significativas	NEUTRAL
Turquía	% de personas que opina que ha mejorado la atención de políticos y medios de comunicación a la reforma(83)			76,1%	POSITIVO
	% de personas que opina que prefieren el nuevo sistema(83)			72,2%	POSITIVO
1. GOBERNANZA					
No se encontró ningún indicador					

País	Indicador (referencia bibliográfica)	Resultado intervención	Resultado control	Medida de efecto (RR, OR, diferencia o similar)	Efecto
<b>2. FINANCIACIÓN</b>					
<b>Camboya</b>	Mediana de costo de transporte al centro de tto. de tuberculosis (moneda Riel)(107)	0 (0 - 500)	2000 (0 - 3000)	p=<0,01	POSITIVO
<b>Camerún</b>	Riesgo de gasto catastrófico en salud(93)			Menor a la unidad periférica	POSITIVO
	Gasto en cada casa en el tratamiento ARV(102)	5400	7500	p=0,01	POSITIVO
<b>Chile</b>	Equidad en la distribución de la inversión en salud, Diferencia de gasto entre el primer decil y el 10º decil de la población (91)	1,7	2,2		POSITIVO
	Coefficiente de Gini para el gasto per cápita en salud (0 equidad absoluta)(91)	0,21	0,41		POSITIVO
<b>China</b>	Costos de transporte para los pacientes con tuberculosis (\$)(109)	0,26	3,08		POSITIVO
	Costo del tratamiento antituberculoso (ej. medicación para complicaciones) (\$)(109)	5,38	25,19	p=<0,0001	POSITIVO
<b>Colombia</b>	Equidad en la distribución de la inversión en salud, Diferencia de gasto entre el primer decil y el 10º decil de la población (Colombia)(91)	1,18	6,1		POSITIVO
<b>Colombia</b>	Coefficiente de Gini para el gasto per cápita en salud (0 equidad absoluta)(91)	0,21	0,41		POSITIVO
<b>Indonesia</b>	Gasto en salud en Aceh Utara (distrito rico) (US\$)(82)	0,8 millones	4,6 millones		POSITIVO
	Gasto en salud en Banda Aceh (distrito pobre) (US\$)(82)	0,2 millones	1,8 millones		POSITIVO
	Gasto en salud en Sabang (distrito pobre) (US\$)(82)	0,1 millones	1,1 millones		POSITIVO
	% del gasto total del distrito que es gasto en salud en Banda Aceh (distrito pobre) (US\$)(82)	3,5%	6,9%		POSITIVO
	% del gasto total del distrito que es gasto en salud en Sabang (distrito pobre) (US\$)(82)	5,1%	8,1%		POSITIVO
	% del gasto total del distrito que es gasto en salud en Aceh Utara (distrito rico) (US\$)(82)	6,8%	4,2%		NEGATIVO
<b>México</b>	Diferencia en gasto privado de las familias en salud (descentralizado – centralizado)(108)			31,9% p=0,007	NEGATIVO
<b>3. ACCESO A MEDICINAS, VACUNAS Y EQUIPAMIENTO MÉDICO</b>					
<b>Camerún</b>	Existencia de stock-outs de tratamiento antirretroviral(92)			Mejor significativamente p=<0,01	POSITIVO
<b>Turquía</b>	% de personas que opina que ha mejorado la disponibilidad de recursos en el sistema de salud(83)			74,9%	POSITIVO
<b>Uganda</b>	Disponibilidad de pastillas de cloroquina en el hospital de Lira (cantidad)(84)	65,667	5,250		POSITIVO

País	Indicador (referencia bibliográfica)	Resultado intervención	Resultado control	Medida de efecto (RR, OR, diferencia o similar)	Efecto
	Disponibilidad de pastillas de cotrimoxazol en el hospital de Lira (cantidad)(84)	26,750	3,250		POSITIVO
	Disponibilidad de pastillas de mebendazol en el hospital de Lira (cantidad)(84)	29,333	2,500		POSITIVO
	Disponibilidad de pastillas de aspirina en el hospital de Lira (cantidad)(84)	74,167	68,750		POSITIVO
	Disponibilidad de pastillas de ampicilina en el hospital de Lira (cantidad)(84)	25,167	-		POSITIVO
	Disponibilidad de pastillas de cotrimoxazol en el hospital de Apoc (cantidad)(84)	17,167	500		POSITIVO
	Disponibilidad de pastillas de aspirina en el hospital de Apoc (cantidad)(84)	30,500	11,917		POSITIVO
	Disponibilidad de pastillas de Suero de rehidratación oral en el hospital de Apoc (cantidad)(84)	4,332	800		POSITIVO
	Disponibilidad de pastillas de ampicilina en el hospital de Apoc (cantidad)(84)	21,988	-		POSITIVO
	Disponibilidad de pastillas de hierro en el hospital de Lira (cantidad)(84)	29,333	29,333		NEUTRAL
	Disponibilidad de pastillas de Suero de rehidratación oral en el hospital de Lira (cantidad)(84)	878	2,833		NEGATIVO
	Disponibilidad de pastillas de cloroquina en el hospital de Apoc (cantidad)(84)	11,843	19,583		NEGATIVO
	Disponibilidad de pastillas de mebendazol en el hospital de Apoc (cantidad)(84)	6,583	9,333		NEGATIVO
	Disponibilidad de pastillas de hierro en el hospital de Apoc (cantidad)(84)	6,583	11,333		NEGATIVO
4. SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA					
No se encontró ningún indicador					
5. RECURSOS HUMANOS					
China	% de nuevos contratos en centros de salud (distrito Liancheng) 1991 a 2000(119)	11,4%	1,0%		POSITIVO
	% de nuevos contratos en centros de salud (distrito Xinluo) 1991 a 2000(119)	10,7%	6,0%		POSITIVO
	Número promedio de formaciones realizadas (distrito Xinluo) 1991 a	7,2	19,2		POSITIVO

País	Indicador (referencia bibliográfica)	Resultado intervención	Resultado control	Medida de efecto (RR, OR, diferencia o similar)	Efecto
	2000(119)				
Colombia	Número de funcionarios en el sector salud(116)	105235	86693		POSITIVO
	Salario medio de profesionales de salud (\$)(116)	275	200		POSITIVO
6. PROVISIÓN DE SERVICIOS					
Brasil	% de embarazadas con al menos 1 consulta prenatal(126)	83,3%	69,5%	p=<0,05	POSITIVO
	Número de atenciones en centros de salud por cada 1000 habitantes(126)	1,08	0,65	p=<0,05	POSITIVO
	% de menores de 11 meses completamente vacunados(126)	85,0%	74,8%	p=<0,05	POSITIVO
	% de personas que fueron atendidas en el hospital(126)	43,2%	76,2%	p=<0,05	POSITIVO
	Capacidad para realizar la gestión financiera del sistema (0=buena, 8=pobre)(126)	6,68	3,92	p=<0,05	NEGATIVO
Camboya	% de pacientes con: Tiempo de viaje al centro de tratamiento de tuberculosis 0-30 min a pie(107)	49,1%	5,6%	p=<0,01	POSITIVO
	% de pacientes con: Distancia al centro de tratamiento de tuberculosis (0-3 km)(107)	67,9%	14,8%	p=<0,01	POSITIVO
	% de pacientes con: Distancia al centro de tratamiento de tuberculosis 6+ km(107)	21,4%	42,3%	No diferencias significativas	NEUTRAL
	% de pacientes con: Tiempo de viaje al centro de tratamiento de tuberculosis 31-60 min otro transporte(107)	8,0%	45,4%	No diferencias significativas	NEUTRAL
	% de pacientes con: Tiempo de viaje al centro de tratamiento de tuberculosis 60+ otro transporte(107)	1,8%	20,9%	No diferencias significativas	NEUTRAL
	% de pacientes con: Distancia al centro de tratamiento de tuberculosis (4-6 km)(107)	10,7%	43,9%	No diferencias significativas	NEUTRAL
	% de pacientes con: Tiempo de viaje al centro de tratamiento de tuberculosis 0-30 min otro transporte(107)	41,1%	28,1%	No diferencias significativas	NEUTRAL
Camerún	Coeficiente de regresión para la asociación entre adherencia al tratamiento ARV en centros de distritos vs capital(92)			1,97 (IC <sub>95%</sub> 1,03 to 3,77) p=0,04	POSITIVO
	Satisfacción de los usuarios(92)			Mejor significativamente p=<0,01	POSITIVO
	Probabilidad de obtener una cita con el médico(92)			Mejor significativamente p=<0,01	POSITIVO
	% de PLHIV con un retraso de más de un mes entre el diagnóstico y la primera consulta VIH(102)	55,7%	62,5%	p=0,003	POSITIVO
China	Notificación de casos de tuberculosis (/100,000 habitantes)(109)	285,2	152,5	p=I - CI p=0,0002 I-CE p=0,045	POSITIVO
	Tasa de abandono de tratamiento anti tuberculoso(109)	0,0%	16,0%	p=I - CI =0,0002 I-CE No	POSITIVO

País	Indicador (referencia bibliográfica)	Resultado intervención	Resultado control	Medida de efecto (RR, OR, diferencia o similar)	Efecto
				significativo	
	% de pacientes con supervisores del tratamiento antituberculoso(109)	98,0%	43,0%	p=?	POSITIVO
	% de pacientes con tuberculosis que recibieron al menos 1 visita domiciliaria(109)	80,6%	57,1%	p=?	POSITIVO
	Distancia a la unidad sanitaria(124)			Menor a la unidad periférica p=<0,001	POSITIVO
	Tiempo necesario para acceder a la unidad sanitaria(124)			Menor a la unidad periférica p=<0,002	POSITIVO
	Costo del transporte a la unidad sanitaria \$(124)			Menor a la unidad periférica p=<0,003	POSITIVO
	Tasa de detección de tuberculosis con esputo positivo(124)			Mayor número en distrito descentralizado p=<0,001	POSITIVO
	% pacientes que visitaron los centros distritales(124)	93,0%	65,0%	p=0,004	POSITIVO
	Costos del tratamiento para pacientes con tuberculosis \$(124)	13	70	p=0,028	POSITIVO
	Costos de transporte para los pacientes con tuberculosis \$(124)	1	5	p=<0,001	POSITIVO
	Tasa de tratamiento anti tuberculoso completado(109)	24,1%	50,0%	p=0,177	NEUTRAL
Colombia	Utilización de servicios de salud(116)	95,0%	81,0%		POSITIVO
	Afiliación a la seguridad social(116)	95,0%	23,0%		POSITIVO
	Satisfacción de usuarios(120)			No diferencias significativas p=0,8	NEUTRAL
Costa Rica	Variación en el % de población con acceso deficiente a servicios médicos(88)	-7,0%	-3,0%		POSITIVO
Etiopia	% de abandono de tratamiento ARV en el primer año(99)	23,0%	28,0%	p=0,0008	POSITIVO
Indonesia	Relación entre la probabilidad de que un niño esté completamente vacunado por vivir en un distrito con y sin descentralización(103)			2,03 p=1,57	NEUTRAL
Irán	Cambio en la tasa de hospitalización antes y después de la reforma (/100,000 asegurados por mes)(105)			4,6 p=0,00001	POSITIVO
Kenia	Tasa de abandono de tratamiento anti tuberculoso(100)	5,7%	2,5%	p=0,0004	POSITIVO
	Riesgo relativo de abandono en pacientes pre-ART en unidades central vs unidad periférica(106)			0,77 (IC <sub>95%</sub> 0,62 to 0,97)	POSITIVO
	Riesgo relativo de abandono en pacientes en tratamiento en unidades central vs unidad periférica(106)			0,67 (IC <sub>95%</sub> 0,27 to 1,65)	NEUTRAL
Kenia, Lesoto, Mozambique, Ruanda, and Tanzania,	% de abandono de tratamiento ARV(97)	9,8%	20,2%	0,55 p=0,022	POSITIVO



País	Indicador (referencia bibliográfica)	Resultado intervención	Resultado control	Medida de efecto (RR, OR, diferencia o similar)	Efecto
Laos	Utilización de servicios ambulatorios (número de pacientes)(121)	41000	120000		POSITIVO
	Utilización de servicios ambulatorios (/100,000 habitantes)(121)	392	170		POSITIVO
	Utilización en centro de salud rural Bandom (/10,000 habitantes)(122)	0,7	13		NEGATIVO
	Utilización en centro de salud rural Naxone (/10,000 habitantes)(122)	0,5	11		NEGATIVO
	Utilización en centro de salud rural Nafay (/10,000 habitantes)(122)	0,4	27		NEGATIVO
	Utilización en centro de salud rural Donkalum (/10,000 habitantes)(122)	1,50	35,00		NEGATIVO
Malawi	OR ajustada de la retención en el tratamiento antirretroviral en unidades centrales vs periféricas(95)			0,48 (IC <sub>95%</sub> 0,40 to 0,58)	POSITIVO
México	Utilización de servicios preventivos (descentralizado - centralizado)(108)			-3,6% p=0,02	NEGATIVO
Varios países (144)	Diferencia en la cobertura DTP3 en países de baja renta con descentralización en relación a sin descentralización(101)			8,8% (IC <sub>95%</sub> 3,9 to 13,7)	POSITIVO
	Diferencia en la cobertura de vacuna de sarampión en países de baja renta con descentralización en relación a sin descentralización(101)			8,3% (IC <sub>95%</sub> 3,2 to 13,4)	POSITIVO
	Diferencia en la cobertura DTP3 en países de renta media con descentralización en relación a sin descentralización(101)			-4,9% (IC <sub>95%</sub> 1,5 to 8,4)	NEGATIVO
	Diferencia en la cobertura de la vacuna del sarampión en países de renta media con descentralización en relación a sin descentralización(101)			-5,5% (IC <sub>95%</sub> 1,9 to 8,2)	NEGATIVO
Pakistán	Satisfacción con los servicios de salud del gobierno(110)	0,228	0,269	1,32 (IC <sub>95%</sub> 1,1 to 1,59) p=<0,02	POSITIVO
	% de casas que utilizan unidades sanitarias del gobierno como primera elección para cuidados en salud(110)	29,1%	23,9%	0,6 (IC <sub>95%</sub> 0,55 to 0,8) p=<0,01	NEGATIVO
Perú	Diferencia en la proporción de cesáreas entre unidades privadas y ESSALUD antes y después de la reforma.(85)	19,0%	7,0%	p=<0,05	NEGATIVO
Sudáfrica	% de pacientes que continúan en tto. ARV a los 12 meses(112)	81,0% (77,6-84,1)	67,2% (62,5-71,6)	p=<0,001	POSITIVO
	% de pacientes en tratamiento ARV con pérdida de seguimiento en el primer año(112)	2,2% (1,2-3,7)	19,3% (15,7-23,4)	p=<0,001	POSITIVO
Sudan	Tasa de abandono de tratamiento antituberculoso (nuevos)(96)	16,9%	11,2%	No diferencias significativas	NEUTRAL
	Tasa de abandono de tratamiento antituberculoso (retratamiento)(96)	20,5%	13,9%	No diferencias significativas	NEUTRAL
Turquía	% de personas que opina que ha mejorado la accesibilidad(83)			82,0%	POSITIVO
	% de personas que opina que ha mejorado la calidad asistencial(83)			73,2%	POSITIVO
Uganda	Número de atenciones en el hospital de Apoc(84)	3,000	1,500		POSITIVO
	Número de atenciones en el hospital de Apoc(84)				POSITIVO

País	Indicador (referencia bibliográfica)	Resultado intervención	Resultado control	Medida de efecto (RR, OR, diferencia o similar)	Efecto
		7,200	2,300		
Zambia	Diferencia en la tasa de atención en centros de salud (/10,000 habitantes)(89)			-35,0%	POSITIVO
	Diferencia en la cobertura vacunal de sarampión(89)			40,0%	POSITIVO
	Diferencia en la tasa de admisión de pacientes en centros de salud (/10,000 habitantes)(89)			25,0%	POSITIVO
	Diferencia en la tasa de partos(89)			60,0%	POSITIVO
	Utilización de servicios de salud(113)			No diferencias significativas	NEUTRAL
	Cobertura de DTP3(113)	63,0%	82,0%		NEGATIVO

## 6.2. Resultados de la evaluación de la situación de operatividad de los distritos sanitarios en Guinea Ecuatorial

### 6.2.1. Características generales de los distritos sanitarios

Existen en la actualidad 18 distritos sanitarios que coinciden con los distritos administrativos del país. De acuerdo a los datos recogidos por los equipos distritales de salud, la población de cada distrito sanitario es muy variable, teniendo distritos con más de 200,000 habitantes (Bata o Malabo) y otros con menos de 2000 (Riaba) (ver Tabla 17).

**Tabla 17. Extensión y población de los distritos sanitarios en Guinea Ecuatorial.**

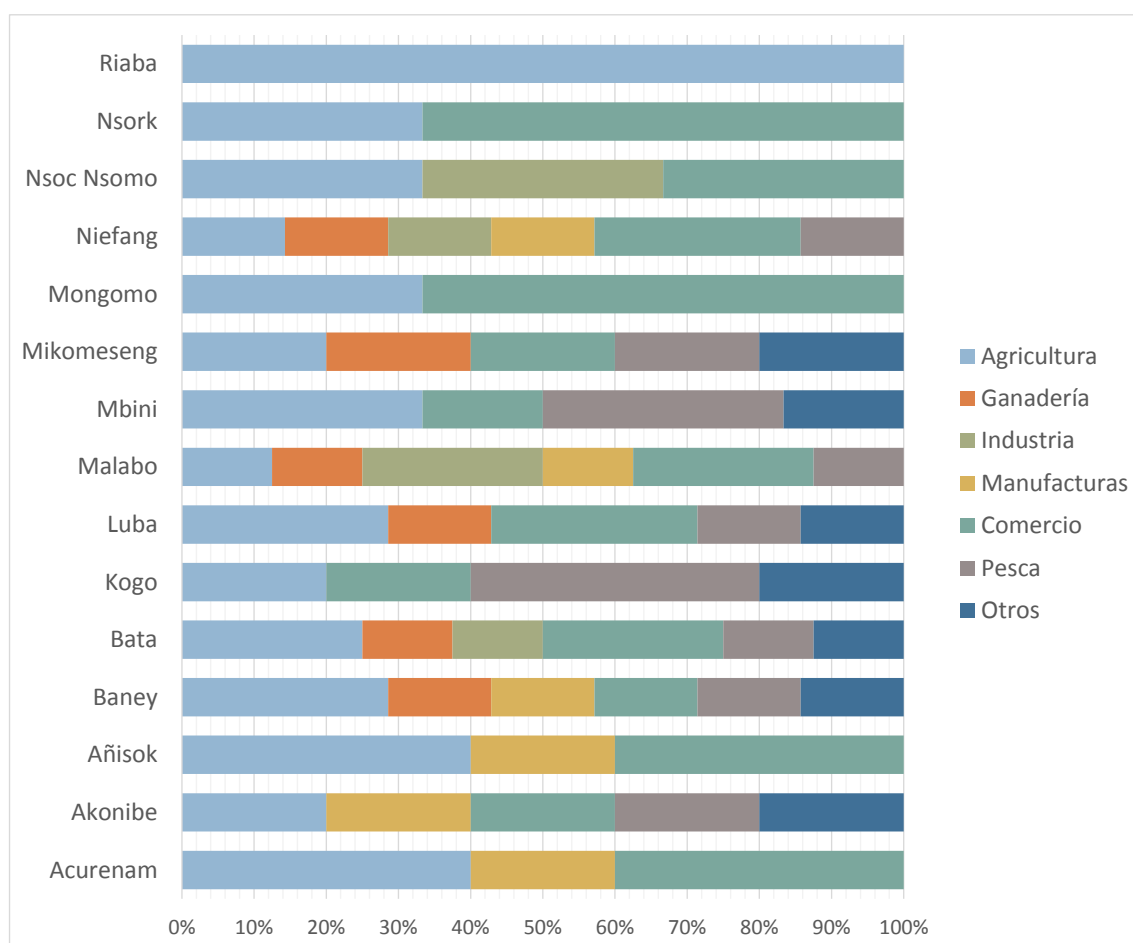
Distrito	Extensión (Km <sup>2</sup> )	Población Total
Acurenam	3.254	20.255
Akonibe	1.108	10.566
Annobon	No disponible	3.114
Añisoc	1.718	52.684
Baney	431	11.893
Bata	1.910	321.951
Ebibeyin	10.095	60.747
Evinayong	4.338	26.000
Kogo	14.102	8.257
Luba	843	5.088
Malabo	776	211.276
Mbini	2.514	6.902
Mikomeseng	No disponible	20.226
Mongomo	1.415	53.510
Niefang	2.339	15.663
Nsoc Nsomo	No disponible	8.280
Nsork	328	4.011
Riaba	No disponible	1.638

La población total del país, según el censo de 2001, era de 1.014.999 habitantes, siendo el 50,6 % mujeres. Como se puede apreciar, el dato de población total calculado en la encuesta (821,606 habitantes) difiere en cierta medida del recogido en el censo de 2001. Como se señaló en la introducción del presente trabajo, existe cierto grado de controversia en torno a la cifra de población total en el país. Se ha decidido

utilizar en los cálculos posteriores de este trabajo (ej. médicos por 1000 habitantes) el dato recogido por los distritos por considerarlo más actualizado y cercano a la realidad (6 de los distritos tenían un censo actualizado en el momento de la encuesta).

La actividad económica más importante gira en torno al sector primario (agricultura, ganadería y pesca) y al comercio. Únicamente Nsoc Nsomo, Niefang, Malabo y Bata cuentan con actividad industrial (Figura 16).

**Figura 16. Actividad económica de los distritos.**



Lo que se presenta a continuación es el fruto de una de las actividades comunitarias que formaba parte de la encuesta. Los ESD, tras identificar los principales actores en salud, realizaron tres grupos focales en sus respectivos distritos en los que se reunieron con los representantes locales del gobierno, líderes comunitarios y sociedad civil para identificar los principales problemas de salud del distrito. Por tanto, la información presentada aquí representa los problemas de salud sentidos de la

población viviendo en el distrito y no un análisis de la información del sistema de información de las unidades sanitarias. Los grupos focales debían elegir los tres problemas de salud que consideraban prioritarios en el distrito. Estos problemas recibían un punto cada uno. En la Tabla 18 se presentan los problemas de salud y los puntos obtenidos en función del grupo de participantes (autoridades locales, ESD o líderes comunitarios).

**Tabla 18. Problemas de salud identificados por la comunidad.**

Autoridades <sup>a</sup>		ESD <sup>b</sup>		Comunidad <sup>c</sup>	
Problema	N	Problema	N	Problema	N
Paludismo	7	Paludismo	13	Paludismo	7
Agua no potable	4	IRA	9	Agua no potable	3
Falta de basureros	4	Fiebre tifoidea	8	Falta de letrinas	3
Fiebre tifoidea	3	ITS	8	Alcohol	3
ITS	3	Parásitos intestinales	7	IRA	3
Accidentes de tráfico	3	EDA	7	EDA	3
EDA	2	Accidentes de tráfico	4	Fiebre tifoidea	2
VIH/SIDA	2	Alcohol	3	Hepatitis	1
Alcohol	2	Agua no potable	3	Malnutrición	1
Parásitos intestinales	2	Higiene	3	Djoga <sup>d</sup>	1
HTA	1	Anemia	2	PdS no funcionan	1
Kong <sup>d</sup>	1	VIH/SIDA	2	VIH/SIDA	1
Tuberculosis	1	Delincuencia	1	HTA	1
Diabetes	1	HTA	1	Diabetes	1
IRA	1	Falta de letrinas	1	Falta de basureros	1
Enfermedades oculares	1	PdS no funcionan	1		
Violencia de género	1	Epilepsia	1		
Delincuencia	1	Tuberculosis	1		

<sup>a</sup> Información recogida en 11 distritos; <sup>b</sup> Información recogida en 16 distritos; <sup>c</sup> Información recogida en 9 distritos; <sup>d</sup> Enfermedades de la medicina tradicional; PdS: puesto de salud; IRA: infección respiratoria aguda; EDA: enfermedad diarreica aguda; HTA: hipertensión arterial; ITS: infección de transmisión sexual.

El paludismo fue el problema de salud que recibió más votos en los tres grupos focales de los distintos distritos. Para el resto de problemas de salud identificados, existen claras diferencias entre los distintos grupos de participantes. Tanto para las autoridades locales como los líderes comunitarios consideraron los problemas relacionados con agua y saneamiento, recogida de basuras o consumo de alcohol como problemas prioritarios en sus distritos. Por el contrario, para el ESD los problemas de salud están mucho más relacionados con la existencia de determinadas enfermedades (IRA, fiebre tifoidea, ITS...).

## 6.2.2. Recursos disponibles en el distrito

### 6.2.2.1. Unidades sanitarias

Aproximadamente un 57 % de las unidades sanitarias identificadas por los equipos son de propiedad pública y un 43 % privada. La distribución tanto en número de unidades como en tipo de unidad no es homogénea geográficamente. La mayor parte de las unidades sanitarias se encuentran en los distritos de Bata (33,9%), Añisoc (8,8%), Mongomo (8,2%) y Ebibeyin (4,4%). Las unidades privadas presentan una distribución diferente, encontrándose el 74% de ellas en los distrito de Bata y Malabo.

La Tabla 19 recoge las unidades sanitarias que existen en cada distrito.

**Tabla 19. Distribución de unidades sanitarias en los diferentes distritos.**

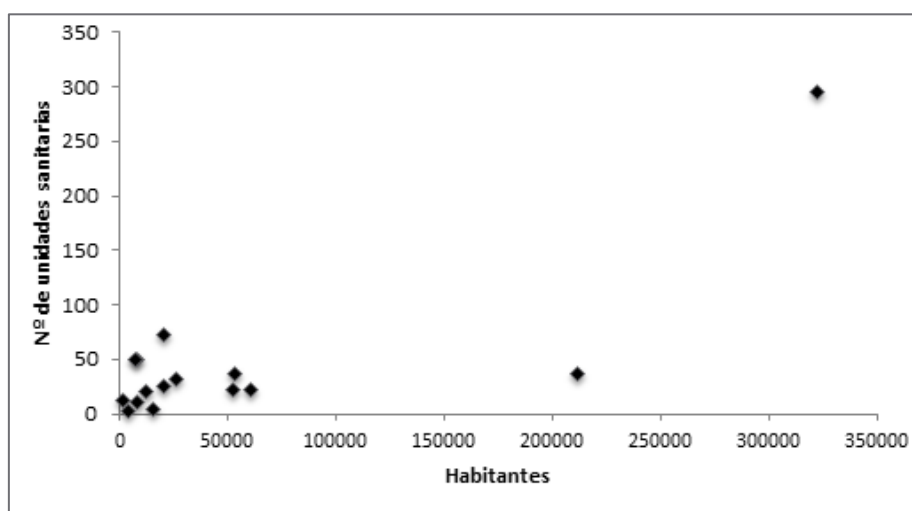
Distrito	Unidades sanitarias PÚBLICAS			Unidades Sanitarias PRIVADAS					Total
	Hosp.	CdS	PdS	Hosp.	CdS	Consult.	Farmacia	PdS	
Akonibe	1	2	32	0	0	0	3	0	38
Akurenam	1	2	22	0	0	1	2	0	28
Annobon	1	0	0	0	0	0	1	0	2
Añisoc	1	2	58	0	0	2	14	0	77
Baney	1	2	5	1	0	3	14	0	26
Bata	1	6	50	2	106	49	81	1	296
Ebebiyin	1	5	41	1	4	0	4	0	56
Evinayong	1	2	25	0	1	1	2	0	32
Kogo	1	3	41	0	0	0	5	0	50
Luba	1	2	6	0	0	1	3	0	13
Malabo	1	4	6	5	1	11	22	0	50
Mbini	1	1	30	0	1	1	2	0	36
Mikomesen	1	3	34	0	1	2	4	1	46
Mongomo	1	3	55	1	1	1	10	0	72
Niefang	1	3	26	0	0	1	0	5	36
Nsoc Nsomo	1	1	1	0	0	1	0	0	4
Nsork	1	1	7	0	0	0	2	0	11
Riaba	1	0	0	0	0	0	2	0	3

CdS: Centro de Salud PdS: Puesto de Salud

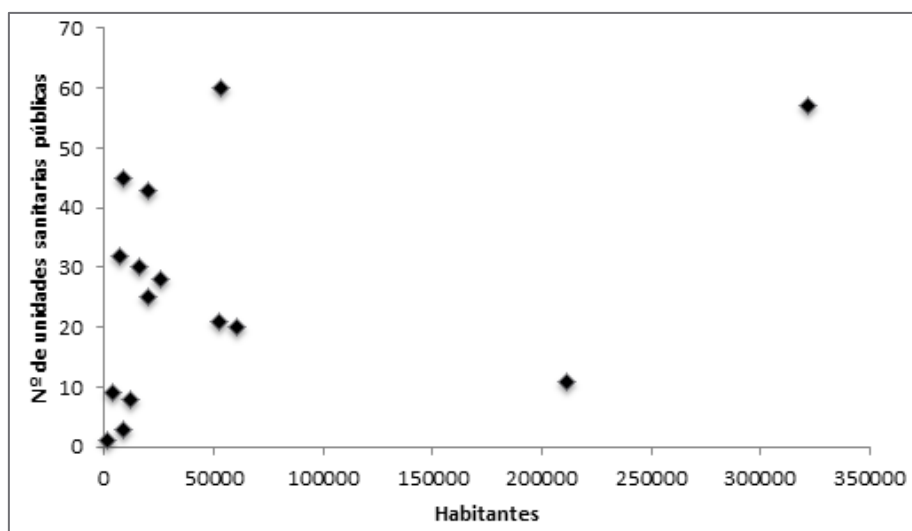
El tipo de unidad sanitaria, en función de la propiedad del establecimiento (público o privado), es muy dispar en los distintos distritos. Con los datos disponibles, si comparamos el número total de unidades sanitarias (públicas y privadas) en relación

al número de habitantes, observamos que, en general, a mayor número de habitantes, mayor número de unidades sanitarias en el distrito sanitario (Figura 17). Este factor está muy influenciado por el hecho de que Bata sea el distrito más poblado del país y además cuente con el mayor número de unidades sanitarias. En cambio, cuando observamos la misma relación pero incluyendo únicamente unidades sanitarias públicas (Figura 18) esta relación desaparece casi por completo. Por último, tampoco parece existir una relación entre el número de unidades sanitarias y la extensión en kilómetros cuadrados del distrito (Figura 19).

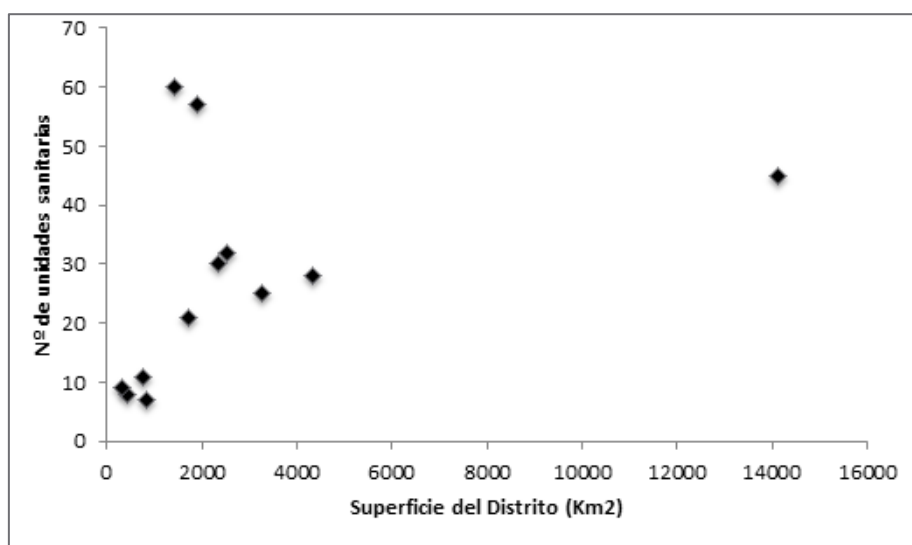
**Figura 17. Relación entre el número de unidades sanitarias y la población de cada distrito.**



**Figura 18. Relación entre el número de unidades sanitarias públicas y la población de cada distrito.**



**Figura 19. Relación entre el número de unidades sanitarias y la extensión de cada distrito.**



Por último, cabe destacar que el 18,2 % de las unidades sanitarias se encuentran en una situación no funcional (cerrado o en animación), estando la mayor parte de estas unidades no funcionantes en Evinayong, Kogo y Mongomo. De ellas, más del 90 % son puestos de salud.

#### **6.2.2.2. Recursos humanos**

La distribución de los RRHH del país en función del tipo de unidad sanitaria muestra una marcada tendencia centrada en hospitales. Un 70,6% (n=1.937) del personal sanitario del país está destinado a hospitales distritales, provinciales o regionales, mientras que únicamente un 15,3% (n=296) y un 14,1% (n=273) están destinados a centro de salud y puesto de salud respectivamente (Tabla 20).



**Tabla 20. Distribución del personal sanitario por categorías profesionales y por tipo de unidad sanitaria.**

	HOSPITAL DISTRITAL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD
<b>Número de unidades</b>	<b>18</b>	<b>44</b>	<b>372</b>
<b>Médicos Total</b>	160	9	0
Médicos Generales*	79	9	0
Cirujanos*	9	0	0
Ginecólogos*	10	0	0
Otros	10	0	0
<b>Enfermeros</b>	214	54	0
<b>Auxiliares de enfermería</b>	983	197	0
<b>ASPECOM</b>	11	36	273
<b>ASA</b>	7	5	0
<b>Mozo de limpieza*</b>	169	41	0
<b>TOTAL</b>	<b>1652</b>	<b>351</b>	<b>273</b>

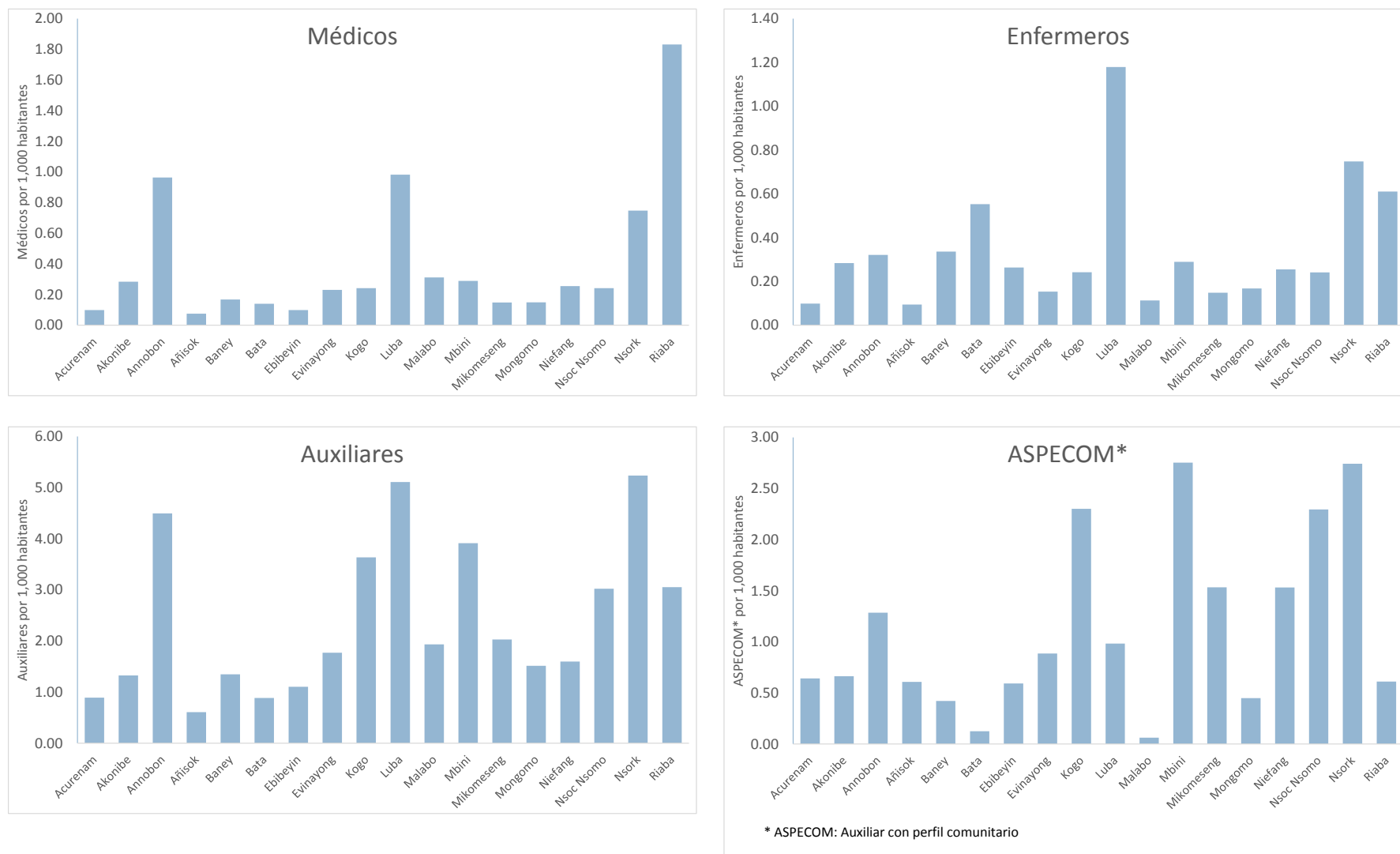
\*No existen datos desagregados para Malabo y Mikomeseng;  
 ASPECOM: Auxiliar sanitario con perfil comunitario;  
 ASA: Agente de saneamiento ambiental

La distribución de profesionales de la salud por distritos se recoge en la Tabla 21 y en la Figura 20. La densidad de médicos por cada 1.000 habitantes varía entre los 0,08/1000 habitantes en Añisoc hasta 1,83/1000 habitantes en Riaba. En el caso de la densidad de enfermeros, Añisoc vuelve a ser el distrito con menos enfermeros por 1000 habitantes (0,08) y Luba el distrito con más enfermeros por cada 1000 habitantes (1,18). En el caso de los auxiliares y de los ASPECOM, las diferencias entre los distritos son más acusadas. No existe un claro patrón en la distribución de personal en relación a la población.

Tabla 21. Personal sanitario por cada distrito.

	Médicos /1000 hab,	Enfermeros /1000 hab,	Auxiliares /1000 hab,	ASPECOM /1000 hab,
Acurenam	0,10	0,10	0,89	0,64
Akonibe	0,28	0,28	1,33	0,66
Annobon	0,96	0,32	4,5	1,28
Añisoc	0,08	0,09	0,61	0,61
Baney	0,17	0,34	1,35	0,42
Bata	0,14	0,55	0,88	0,12
Ebibeyin	0,10	0,26	1,10	0,59
Evinayong	0,23	0,15	1,77	0,88
Kogo	0,24	0,24	3,63	2,30
Luba	0,98	1,18	5,11	0,98
Malabo	0,31	0,11	1,93	0,06
Mbini	0,29	0,29	3,91	2,75
Mikomeseng	0,15	0,15	2,03	1,53
Mongomo	0,15	0,17	1,51	0,45
Niefang	0,26	0,26	1,60	1,53
Nsoc Nsomo	0,24	0,24	3,02	2,29
Nsork	0,75	0,75	5,24	2,74
Riaba	1,83	0,61	3,05	0,61
<b>TOTAL</b>	0,20	0,32	1,39	0,38

Únicamente se recogieron en la encuesta los datos del personal sanitario adscrito a unidades sanitarias públicas ya que no existe ningún registro del personal trabajando en unidades sanitarias privadas. Teniendo en cuenta la concentración en Bata y Malabo de las unidades sanitarias privadas, es bastante probable que los datos de densidad de profesionales por 1000 habitantes varíen considerablemente en estos dos distritos.

**Figura 20. Profesionales de salud por cada 1,000 habitantes.**

### 6.2.3. Cartera de servicios del distrito

La cartera de servicios ofrecida por las unidades sanitarias es heterogénea. Al igual que en el caso de la distribución del personal sanitario, se observa una clara tendencia a concentrar servicios en los hospitales y no en los centros y puestos de salud. Como se observa en la Tabla 22, el porcentaje de hospitales que tienen una cartera de servicios completa para los distintos servicios es mayor que el porcentaje de centros de salud. Por ejemplo, en el caso del servicio de vacunación, el 72,2% de los hospitales cuentan con estrategia fija y avanzada, mientras que únicamente el 13,6% de los centros de salud puede ofrecerla. También se observan diferencias entre hospitales y atención primaria en el caso de la provisión de cuidados para pacientes con tuberculosis (72,2% de los hospitales y 4,6% de los centros de salud), o para realizar un traslado urgente (88,9% de los hospitales y 2,3 % de los centros de salud),

Varios servicios no son ofrecidos por las unidades sanitarias de forma integral. Es decir, no ofrecen todos los elementos propios de ese servicio y, por tanto, dan una asistencia parcial a estos pacientes. Ejemplos de esta situación son el servicio de salud materno-infantil (completo en el 22,4 % de los hospitales y 11,4% de los centros), manejo de pacientes VIH (completo en el 27,8% de los hospitales y 4,6% de los centros), manejo de salud mental (completo en el 27,8% de los hospitales y 4,6% de los centros) o manejo de diabetes (completo aproximadamente en el 33% de los hospitales y centros de salud), Por último, algunos servicios cuentan con una cobertura adecuada (salud medio-ambiental y las medidas de prevención y control de diferentes enfermedades)

Tabla 22. Cartera de servicios ofrecida por hospitales y centros de salud.

	HOSPITAL (n=18)	CENTROS DE SALUD (n=44)
<b>Salud Materno Infantil</b>	22,2	11,4
Control prenatal	100	79,6
Atención al parto normal	100	36,4
Atención al parto complicado	33,33	NA
Atención al post-parto	66,7	27,3
Planificación familiar	83,3	43,2
<b>Vacunación</b>	72,2	13,6
Fija	100	54,6
Avanzada	77,8	25,0
<b>Atención al niño sano</b>	66,7	52,3
Peso	100	84,1
Talla	66,7	54,6
<b>Atención a personas que viven con VIH</b>	27,8	4,6
Counselling	100	34,1
Diagnostico	94,4	9,1
Tratamiento	16,7	4,6
Prevención	94,4	86,4
<b>Atención a personas con tuberculosis</b>	72,2	4,6
Diagnóstico	88,9	15,9
DOTS	83,3	11,4
<b>Salud Mental</b>	27,8	4,6
Diagnóstico	83,3	36,4
Tratamiento	27,8	4,6
Seguimiento	44,4	13,6
<b>Salud Medioambiental</b>	88,9	63,6
Protección de fuentes de agua	88,9	63,6
Mejora de sistemas de saneamiento	88,9	63,6
Gestión de basura	88,9	63,6
<b>Hospitalización</b>	27,8	NA
Medicina	100	NA
Pediatría	100	NA
Cirugía	27,8	NA
<b>Diagnóstico y tratamiento</b>	72,2	29,6
Paludismo	100	88,6
EDA	100	88,6
IRA	100	86,4
ITSs	100	81,8
Malnutrición	100	70,5
Diabetes	33,3	34,1
HTA	100	68,2
<b>Medidas de prevención y control</b>	94,4	77,3
Paludismo	100	86,4
EDA	100	86,4
IRA	100	86,4
ITSs	100	86,4
Malnutrición	100	86,4
Diabetes	88,9	75
HTA	100	81,8
<b>Otros</b>	55,56	6,82

## 6.2.4. Análisis de la gestión distrital

### 6.2.4.1. Estructuras de gestión distrital

Los ESD en los distintos distritos varían enormemente en su composición. En opinión de los responsables distritales, el número de integrantes del equipo depende de los recursos humanos disponibles en el distrito y del apoyo de las autoridades locales. El rango de integrantes va desde 3 personas en Malabo o Akonibe hasta más de 10 en Bata.

En la encuesta se recogió información sobre el funcionamiento y actividades de las estructuras de gestión del distrito (CDD, CSD y ESD). Lo que presentamos aquí es la situación de partida al comienzo del curso modular de ESD. Esta situación posiblemente ha evolucionado a medida que se desarrollaban los módulos del curso modular de ESD. (Tabla 23).

**Tabla 23. Funcionamiento de las estructuras de gestión distrital.**

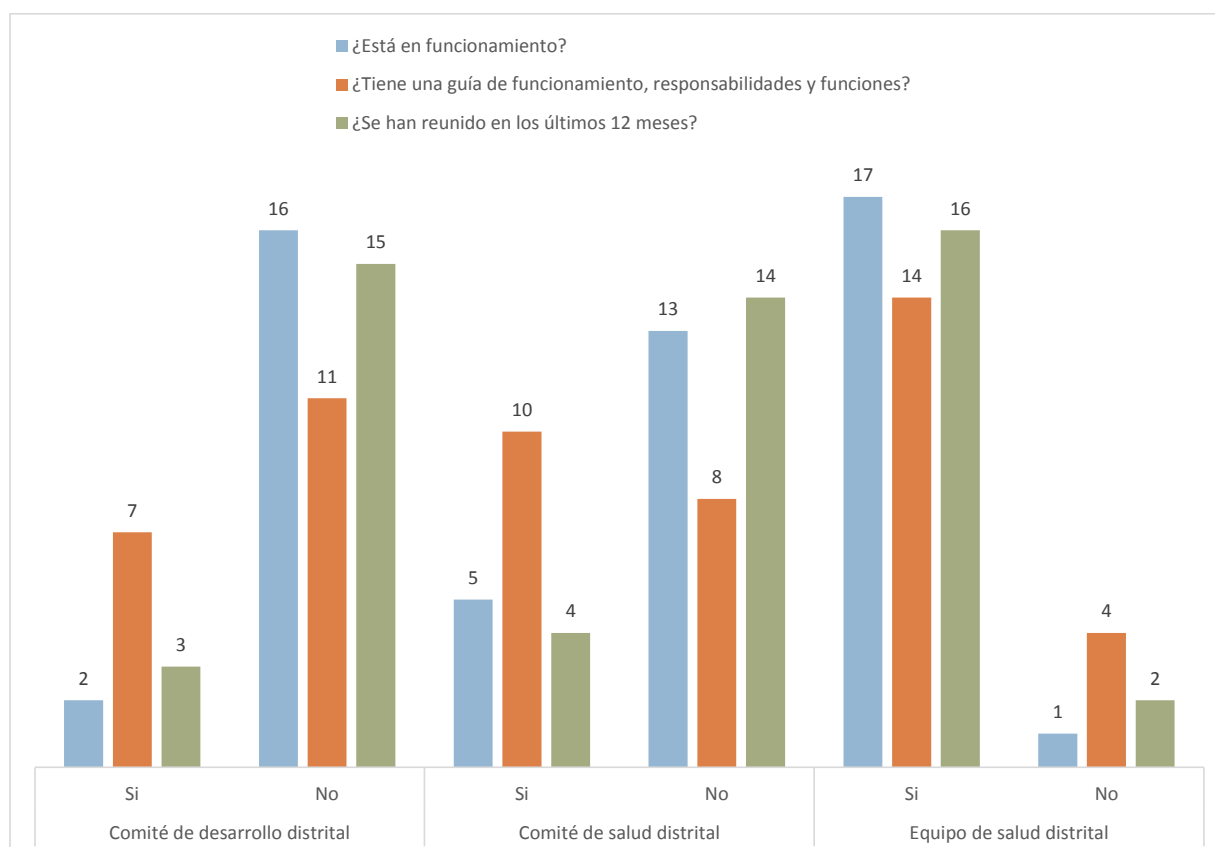
	CDD		CSD		ESD	
	Si	No	Si	No	Si	No
¿Está en funcionamiento?	2	16	5	13	17	1
¿Tiene una guía de funcionamiento, responsabilidades y funciones?	7	11	10	8	14	4
¿Se han reunido en los últimos 12 meses?	3	15	4	14	16	2
¿Tienen Acta de esa reunión?	3	0	4	0	11	5
¿Puede tomar decisiones relativas a...?*						
Plan de acción anual del distrito	5	4	6	3	12	0
Presupuesto del distrito para salud	4	6	4	6	8	4
Recursos humanos	5	5	6	4	14	0
Compra de medicación	1	8	2	6	12	2

\* Aquellos distritos que no contestaron esta pregunta o contestaron "No sabe" no han sido contabilizados

Los números en las columnas indican el número de distritos que respondieron afirmativamente o negativamente a las preguntas.

Cuando analizamos uno de los recursos críticos para el funcionamiento de las estructuras de gestión como es la posesión de una guía de normas y procedimientos de cada estructura, observamos que menos del 50 % de los CDD y CSD tienen este documento. En cambio, cerca del 100% de los ESD tienen esa guía (Figura 21)

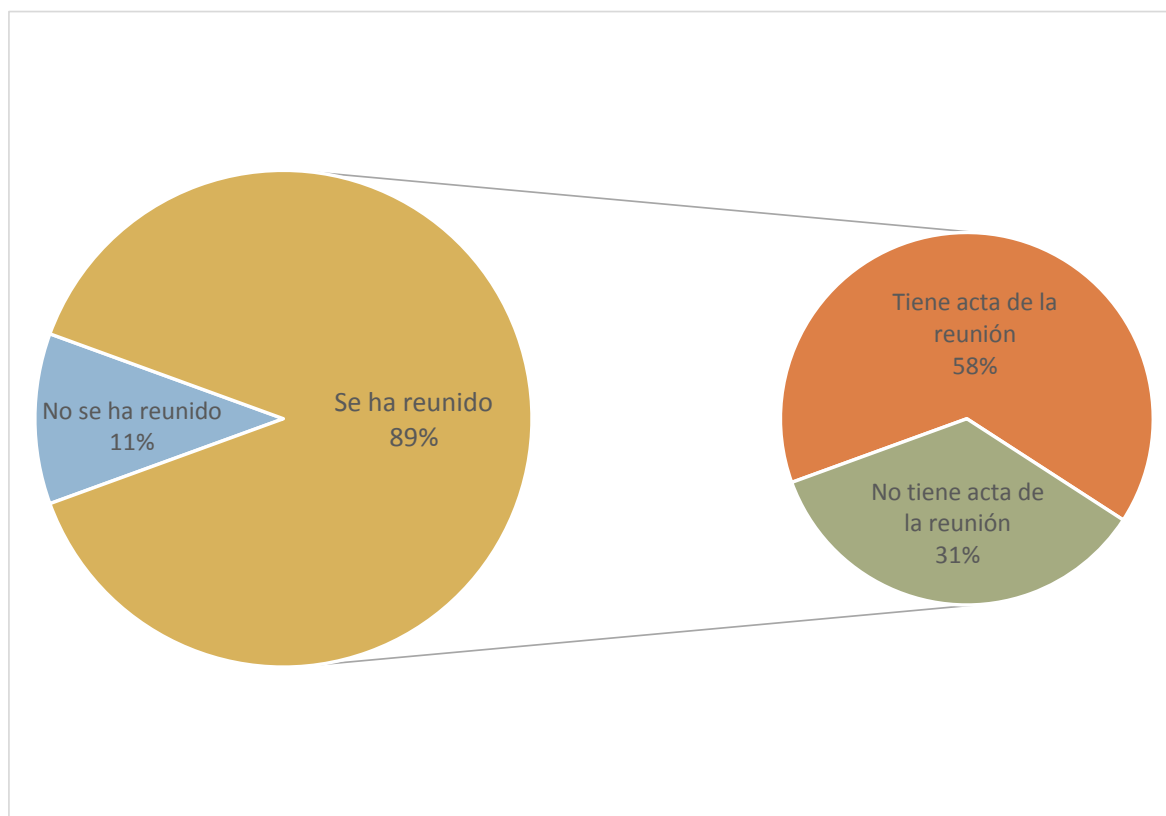
**Figura 21. Funcionamiento de las estructuras de gestión distrital.**



\* Los números en las barras indican el número de distritos que respondieron positivamente o negativamente a las preguntas

Si nos fijamos en las actividades realizadas por las distintas estructuras de gestión en los últimos 6 meses, observamos que únicamente 3 CDD y 4 CSD se han reunido al menos una vez en los últimos 6 meses. En cambio, 16 de los 18 ESD sí se han reunido en ese periodo. En relación a las fuentes de verificación de esas reuniones (actas de las reuniones dónde se recogen los acuerdos establecidos), fueron encontradas en el 100 % de las reuniones realizadas por parte del CDD y CSD mientras que en más de un tercio de las reuniones de los ESD no se pudo encontrar el acta (Figura 22).

**Figura 22. ESD que al menos ha realizado 1 reunión en los últimos 6 meses.  
Proporción de reuniones con acta.**



Por último, en lo que respecta a las estructuras de gestión comunitarias (Comités Comunitarios de Desarrollo y Salud) únicamente 8 distritos pudieron identificar estructuras comunitarias de representación en salud existentes en su área de influencia (Akurenam, Bata, Evinayong, Kogo, Malabo, Mbini, Mongomo y Nsork). En múltiples ocasiones, tanto en las supervisiones como durante el curso modular, se apuntó la necesidad de cambiar el modelo de participación de la comunidad a un modelo de mayor participación en la toma de decisiones, gobernabilidad y transparencia. A pesar de esta falta de desarrollo de estructuras comunitarias, prácticamente todos los distritos las identificaron como actores clave para el desarrollo el sistema de salud del distrito.



#### 6.2.4.2. Disponibilidad de guías, estándares y normas

Cabe destacar que la mayor parte de los distritos tenían al menos una copia en papel o digital de los documentos y era accesible en el día de la encuesta (ver Tabla 24).

**Tabla 24. Proporción de distritos que contaban con el documento especificado.**

Documento	Nº de distritos (%)*
Política Nacional de Salud	10 (66,7%)
Plan Nacional de Desarrollo Sanitario	10 (66,7%)
Plan de Acción "Horizonte 2020"	10 (66,7%)
Objetivos de Desarrollo del Milenio	11 (73,3%)
Libro Marrón (Organización Distrital de los Servicios de Salud)	14 (93,3%)
Reglamento de Hospitales	13 (86,7%)
Reglamento de Centros de Salud	11 (73,3%)
Reglamento de Puestos de Salud	11 (73,3%)
Política Nacional de Salud Mental	10 (66,7%)
Manual del Agente de Salud	13 (86,7%)
Manual de Normas de Vacunación	12 (80,0%)
Manual de Normas de CPN, parto y post-parto	13 (86,7%)
Manual de Normas AIEPI	11 (73,3%)
Manual de Normas VIH	13 (86,7%)
Manual de Normas TBC	13 (86,7%)
Manual de Normas de Paludismo	13 (86,7%)
Guías Terapéuticas	8 (53,3%)

\* Evinayong, Annobon y Akonibe no cumplieron esta parte de la encuesta

#### 6.2.4.3. Procesos de gestión distrital

Se han analizado procesos de gestión esenciales para el funcionamiento del distrito sanitario: planificación distrital, colaboración con otros actores y supervisión de unidades sanitarias.

##### 6.2.4.3.1. Planificación distrital

En relación a la planificación distrital, la encuesta recogió información en tres ámbitos: en primer lugar si existía un plan operativo anual (POA) del distrito para el año en curso; en segundo lugar, en el caso de existir un POA, si se estaba ejecutando y, por último, cuántas unidades sanitarias habían presentado al distrito un POA.

Un 50 % (n=9) de los distritos tenía un plan operativo anual para el año 2011 y todos ellos estaban siendo ejecutados en el momento de la encuesta, pero únicamente el 45% de los distritos con un POA en ejecución tenían herramientas de monitoreo de dicho plan, por lo que más de la mitad no podían evaluar de forma objetiva y sistemática el progreso o retroceso en la consecución de los objetivos del plan.

**Tabla 25. Resultados para las preguntas relativas a la planificación distrital.**

Pregunta	Si	No	ND
¿Existe un POA de acción para el 2011?	11	6	1
¿Se está desarrollando el POA actualmente?	11	0	0
¿Participaron los actores no sanitarios en el POA?	6	5	0
¿Hay herramientas y mecanismos de monitoreo del POA?	5	6	0

*ND: No disponible; El número en las columnas indica el número de distritos que respondieron afirmativa o negativamente a la pregunta*

#### 6.2.4.3.2. Supervisión y monitoreo

Una de las principales funciones del ESD es realizar supervisiones a las unidades sanitarias de su área de influencia. Hasta la impartición del curso de equipos distritales de salud, la metodología y herramientas que se debían utilizar para esta actividad se encontraban recogidas en el “libro marrón” (52), que, creadas en los años 90, estaban parcialmente desactualizadas y no respondían a las necesidades actuales de los distritos.

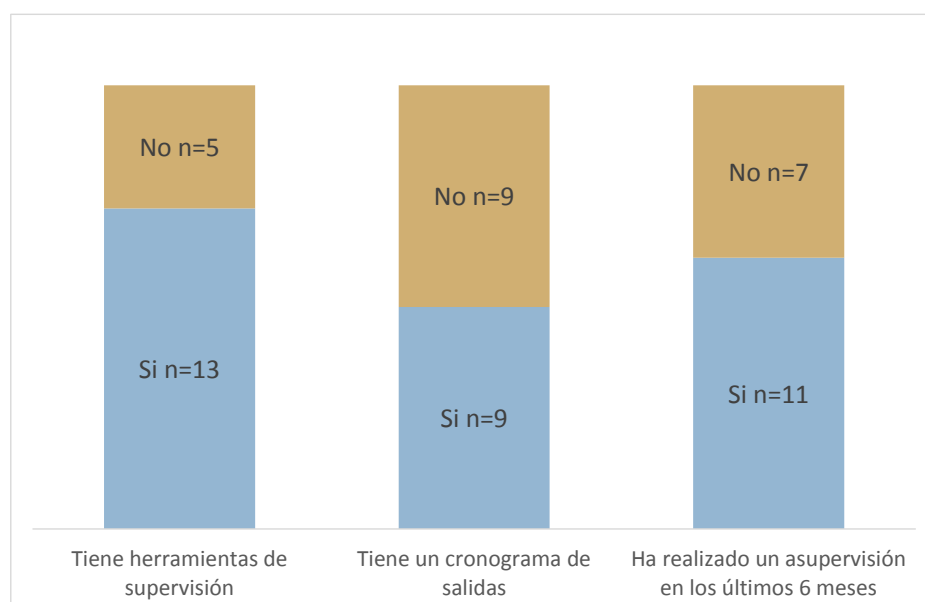
En el módulo 2 del curso de EDS, se realizó una actividad participativa con todos los responsables distritales, responsables de APS, cooperaciones bilaterales y los responsables del MINSABS, en la que se actualizaron esas herramientas (127). Asimismo, una de las actividades de la parte práctica del curso fue poner en marcha el sistema de supervisión del distrito utilizando las herramientas creadas para ello.

En este sentido, la información que aquí se presenta posiblemente ha variado como consecuencia de la realización del curso. Por ejemplo, en la actualidad el 100% de los distritos tienen herramientas de supervisión actualizadas y todos habían realizado al menos una supervisión al finalizar el curso. Consideramos importante conocer la

situación previa a este proceso ya que nos da una idea de las capacidades instaladas previamente que pueden influir en el éxito futuro.

Como se puede observar en la Figura 23, las herramientas de supervisión estaban disponibles en 13 distritos (70 %) el día de la encuesta. La mitad de los distritos tenía un cronograma de salidas de supervisión y 11 (58%) habían realizado una supervisión en los últimos 6 meses. Es llamativo el hecho de que, a pesar de que los distritos no tuvieran un plan de salidas de supervisión, hasta un 40% realizaron al menos una supervisión en los últimos 6 meses.

**Figura 23. Número de distritos que tienen herramientas de supervisión, tienen cronograma de salidas o han realizado una supervisión en los últimos 6 meses.**



Con respecto a las supervisiones realizadas por el equipo y la cobertura de supervisión distrital, debemos puntualizar que en los equipos existía un cierto grado de confusión a la hora de entender lo que supone una visita de supervisión distrital y una salida rutinaria del equipo móvil del hospital distrital. En algunos casos, los equipos consideraron salidas del equipo móvil a los puestos de salud como visitas de supervisión.

Las supervisiones recogidas aquí son las realizadas en unidades sanitarias públicas, ya que las supervisiones a unidades privadas son anecdóticas en la situación actual de los

distritos. Tanto el número como el grado de cumplimiento de las supervisiones planificadas varían de unos distritos a otros. La mayor parte de los distritos presentan grados de cumplimiento de las salidas de supervisión, con respecto a lo planificado superiores al 50%. Solamente Akonibe y Nsork se encuentran por debajo de ese nivel. Por otro lado, el número de supervisiones planificadas varía considerablemente de unos distritos a otros. Desde 0 supervisiones planificadas en Riaba y Ebebiyin hasta las 60 supervisiones planificadas en Akonibe, el rango es muy amplio (Tabla 26). No está claro cuál es la razón para esta disparidad ya que no parece estar relacionado con el número de unidades sanitarias en el distrito u otros factores.

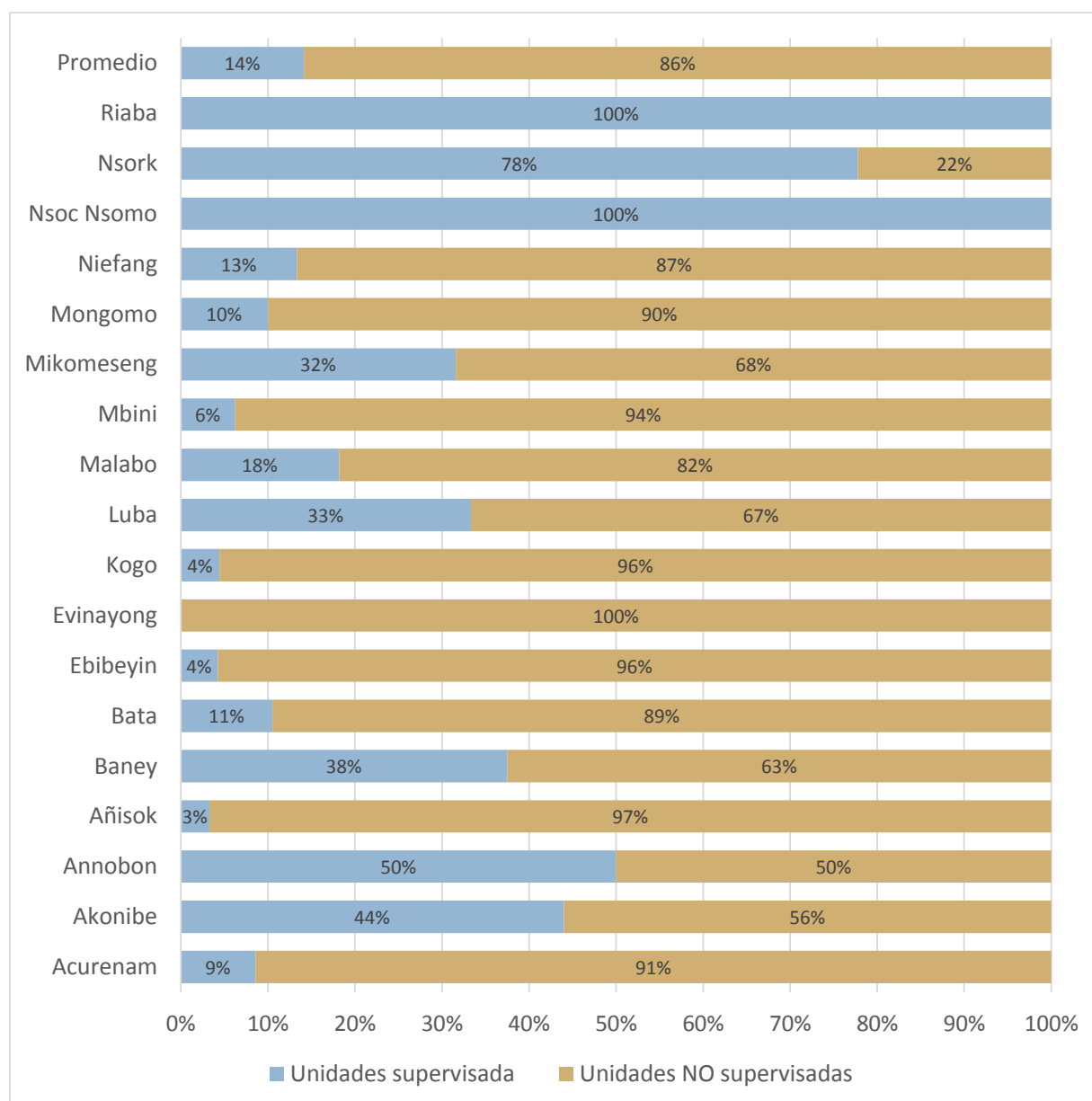
**Tabla 26. Actividad de supervisión de los distritos.**

Distrito	Nº supervisiones planificadas	Nº de supervisiones realizadas	Porcentaje realizado
Acurenam	5	3	60.0%
Akonibe	60	11	18.3%
Annobon	3	2	66.7%
Añisoc	2	5	250.0%
Baney	6	4	66.7%
Bata	6	6	100.0%
Ebibeyin	0	2	100.0%
Evinayong	7	6	85.7%
Kogo	3	2	66.7%
Luba	8	7	87.5%
Malabo	5	3	60.0%
Mbini	6	6	100.0%
Mikomeseng	9	13	144.4%
Mongomo	10	8	80.0%
Niefang	5	5	100.0%
Nsoc Nsomo	2	5	250.0%
Nsork	22	7	31.8%
Riaba	0	4	100.0%

Por último, la cobertura de unidades sanitarias públicas supervisadas, puede verse en la Figura 24. Existe una muy baja cobertura promedio de unidades supervisadas en el país

(menos del 15%). Si bien es cierto que este valor se encuentra muy influido por el alto número de puestos de salud existentes, está claro que es necesario un esfuerzo mayor en este área.

**Figura 24. Cobertura de unidades sanitarias supervisadas por el ESD.**



## **7. Discusión**



La discusión está organizada en cuatro partes. Primero, se discutirán los resultados obtenidos en la revisión sistemática de la evidencia científica sobre el efecto de la descentralización. En segundo lugar, se analizarán los resultados de la encuesta sobre la operatividad de los distritos en Guinea Ecuatorial. En tercer lugar se van a integrar los resultados de ambas metodologías para ofrecer recomendaciones que permitan informar el proceso de descentralización en Guinea Ecuatorial. Por último, se discutirán las principales limitaciones del estudio.

### **7.1. Efectos de la descentralización**

Se ha analizado el efecto de la descentralización del sistema de salud en países de renta media y baja a través de una revisión sistemática de la evidencia científica incluyendo documentos de “literatura gris”. De los más de cuatro mil artículos que se obtuvieron con la estrategia de búsqueda, finalmente 54 fueron incluidos en la revisión de la evidencia. En estos estudios se utilizaron metodologías diversas (cuantitativa, cualitativa y metodología mixta) y recogen datos de países localizados en África, Asia, América y Oceanía.

Un hallazgo sorprendente de esta revisión sistemática de la evidencia presentada en este trabajo, es la baja calidad de los estudios que han analizado el impacto de la descentralización en países de renta baja y media. Ninguno de los estudios de los que se extrajo información cuantitativa obtuvo una categoría global de “fuerte”, y únicamente 16 estudios de los 30 de los que se extrajo información cuantitativa han alcanzado una calidad moderada (“moderate” en la herramienta de análisis de calidad utilizada (68)). En el caso de estudios de los que se extrajo información cualitativa, 8 de los 26 estudios no cumplían con al menos el 50% de los criterios. Estos hallazgos no son infrecuentes cuando los estudios tratan de analizar cambios en sistemas de salud, que habitualmente son de naturaleza compleja y multifactorial, y se utilizan criterios de evaluación influenciados por la metodología Cochrane (1). Empezando por el segundo factor, cabe destacar que la metodología Cochrane está principalmente orientada a capturar datos



cuantitativos, que han sido el resultado de estudios metodológicamente muy robustos (casi exclusivamente ensayos aleatorios con grupo control) (65). Mientras que este abordaje ha demostrado ser tremendamente eficaz para mejorar la práctica clínica en investigación biomédica (128), no está tan claro que sea tan útil en investigación social (129), porque tanto sus objetivos como los métodos utilizados para conseguirlos son de naturaleza diferente. En investigación biomédica, por ejemplo, las investigaciones se centran en analizar el efecto de un medicamento en un grupo definido de población. En este caso, tanto la intervención (ej. medicamento antihipertensivo) como la población que lo recibe (ej. varones mayores de 65 años) y cómo se mide ese cambio (ej. cambios en la presión arterial diastólica) son concretos y fáciles de medir. Asimismo, aunque en algunos casos sea logísticamente complejo, la intervención se puede distribuir de forma aleatoria entre los participantes conformando un ensayo aleatorio con control. Por el contrario, cuando se analizan cambios en sistemas de salud, existen una serie de limitaciones en los tipos de estudios que se pueden realizar por la propia naturaleza de la intervención o del contexto. Como se ha visto en los resultados de este trabajo, a lo que los investigadores y/o autoridades de países han llamado “descentralización”, ha variado enormemente de unos países a otros. Incluso dentro del mismo país ha habido distintas fases en la descentralización de los servicios de salud, en función de la zona geográfica o de los diferentes momentos históricos. Por otro lado, el objetivo del análisis de la descentralización en los estudios no era tanto “qué ha cambiado” (pregunta más propia de abordajes cuantitativos) sino “por qué y cómo ha cambiado” (que se responde habitualmente con metodología cualitativa). Como consecuencia, dentro de la evidencia encontrada en la revisión, se han identificado múltiples diseños de estudio incluyendo cuantitativos, cualitativos y estudios con metodología mixta. Por último, en la mayor parte de los casos, es prácticamente imposible realizar un estudio experimental de un proceso de descentralización. Aunque hay algunos ejemplos en la literatura de reformas del sistema de salud investigadas usando un diseño experimental con un grupo control (130),

todos los estudios incluidos en esta revisión sistemática tenían un diseño observacional. En una revisión siguiendo la metodología Cochrane, prácticamente todos los estudios incluidos en esta revisión habrían sido excluidos por baja calidad del diseño, y la respuesta a la pregunta “cuál es el efecto de la descentralización en países de renta media y baja” habría quedado sin respuesta. En contraposición a ese abordaje, se ha preferido, en este trabajo, utilizar unos criterios más laxos en la inclusión de los estudios con el fin de capturar la evidencia existente que, aunque de calidad limitada, ofrecen información relevante para el momento político e histórico de Guinea Ecuatorial.

En los últimos años han aparecido voces entre los investigadores en el ámbito de los sistemas de salud que abogan por metodologías mixtas en las que se triangulen los datos cuantitativos con información sobre el contexto y sobre el proceso (datos cualitativos) (131-137). Asimismo, otro factor a tener en cuenta es que los tiempos en política son distintos a los tiempos en ambientes académicos. Es decir, los políticos deben tomar decisiones a corto medio plazo y normalmente tienen una ventana de oportunidad de entre 2 y 4 años para conseguir resultados tangibles. Sin embargo, los proyectos de investigación se mueven en rangos de tiempo más amplios en los que la implementación un único ensayo aleatorio, desde su diseño a la disseminación de los resultados, puede durar hasta 3 años. Por tanto, algunas decisiones deben ser tomadas con la evidencia existente y esta decisión no se puede retrasar hasta que haya evidencia robusta. Un ejemplo de este abordaje ha sido el utilizado por la OMS al emitir recomendaciones de acción en sus guías, donde se propone que, además de evaluar la calidad de la evidencia encontrada sobre un tema específico (con una metodología similar a la utilizada en este trabajo), se toma en consideración el beneficio o daño potencial de la intervención, las preferencias y valores de la población en torno a esta acción y la cantidad de recursos que supone ponerla en marcha (138). Por tanto, puede ocurrir que acciones para las que no hay evidencia de alta calidad sean recomendadas por la OMS si no producen daño alguno, son aceptadas por la población y el coste de ponerlas en marcha no es excesivo.

Un ejemplo de este tipo de intervenciones es la recomendación de abandonar el hábito tabáquico para prevenir, entre otras enfermedades, el cáncer de pulmón. Aunque no existe ningún ensayo aleatorio midiendo el efecto del tabaco sobre el cáncer de pulmón (claramente por consideraciones éticas) la OMS lo recomienda de forma rotunda (139).

Los modelos de descentralización analizados en los estudios son muy dispares. Se han encontrado desde estudios que investigaban los efectos de la descentralización de un único elemento del sistema de salud, hasta estudios que analizaban la descentralización de todo el sistema de salud. Esta variabilidad en los modelos de descentralización ya fue apuntada anteriormente por otros autores (6) y responde: a diferentes momentos históricos de los países, distintos recursos disponibles, o difícilmente comparables necesidades sanitarias de la población (140). Con diferencia, la mayor parte de las experiencias estudiadas corresponden a la descentralización de los servicios de salud, siendo VIH, malaria y tuberculosis los servicios más frecuentemente descentralizados.

Se han encontrado tanto efectos positivos como negativos de la descentralización del sector salud en países de renta baja y media. Aunque los resultados de estudios cuantitativos muestran en su mayoría efectos positivos en las distintas áreas del sistema de salud, la evidencia obtenida a partir de estudios cualitativos es más heterogénea. Tanto la mortalidad en adultos, como la mortalidad en niños o mortalidad materna mejoraron tras la descentralización del sistema de salud. Aunque este resultado puede estar afectado por las limitaciones metodológicas de los estudios, se ve claramente una tendencia hacia un efecto positivo cuando lo analizamos de forma cuantitativa. Los estudios cualitativos apuntan a un resultado similar en relación a la mejora del acceso de la población a los servicios de salud tras la descentralización. Por el contrario, algunos efectos negativos han sido identificados en estudios cualitativos. La mayor parte de estos efectos se relacionan con el empeoramiento en la gestión general de los programas en sistemas descentralizados.

Esta variedad encontrada en los efectos de la descentralización es coherente con la evidencia existente en este ámbito (141) así como en análisis realizados en países de renta alta (24, 142). En uno de los primeros análisis de reformas del sector salud que se pueden encontrar, Berman et al. recoge un número considerable de reformas del sector salud (no todas basadas en una descentralización del sistema) en África y América Latina llevadas a cabo los años 90 (6). Al igual que en el presente trabajo, también encuentran resultados positivos y negativos de la descentralización en distintos países, y concluyen que se debe dar más tiempo a las reformas para poder analizar de forma apropiada sus efectos. Un análisis mucho más crítico es el que realizaron Homedes y Ugalde sobre los procesos de descentralización (neoliberal) en América Latina (61). Argumentan que no es posible predecir el efecto de la descentralización de las distintas áreas del sistema de salud a la periferia. Aseguran que “La descentralización de cada función tendrá ventajas e inconvenientes de tipo económico y político que pueden ser diferentes en cada estado o provincia de un país. Las diferencias demográficas, étnicas, epidemiológicas, de desarrollo económico, de infraestructura, de recursos humanos, históricas y políticas entre las grandes ciudades y los municipios pobres en América Latina son tan extremas que no es aconsejable descentralizar las mismas funciones a los mismos niveles en todo el país.” (61). Asimismo, aseguran que los promotores de la descentralización lo hacen desde una base teórica sin pensar en las consecuencias prácticas de llevar a cabo dichas reformas. En un análisis específico de las reformas del sector salud de países del África Sub-Sahariana realizado por Gilson y Mills, se concluye que tienen más posibilidades de éxito aquellas reformas que incluyen varios elementos del sistema de salud (ej. Financiación, gobernanza...) comparadas con reformas de un área de forma aislada (63). En este sentido, estos resultados difieren parcialmente por los obtenidos en este trabajo ya que, claramente, la descentralización de la provisión de servicios de salud de forma aislada ha demostrado ser efectiva en varios países. Posiblemente esta diferencia en los

resultados responde a la diferente naturaleza del sistema de financiación (analizado por Gilson y Mills) y el sistema de provisión de servicios.

Atendiendo a los efectos de la descentralización sobre la gobernanza del sistema, nuestro análisis arroja efectos mixtos. Por un lado, la descentralización aumenta la participación del nivel local en la toma de decisiones en salud y facilita la adaptación de las intervenciones en salud a las necesidades de la zona. Estos resultados positivos contrastan con los encontrados por Celedon et al. en su análisis del impacto de las reformas del sector salud sobre la participación comunitaria en América Latina. Si bien es cierto que este análisis no se circunscribía únicamente a procesos de descentralización, los autores concluyen que, aunque se han visto algunos avances en este ámbito tras las reformas, queda aún mucho camino por delante para llegar a una participación plena de la comunidad en la toma de decisiones (143). Una posible explicación para esta falta de participación puede encontrarse en el análisis del proceso de descentralización del distrito de Mbarali en Tanzania. Los autores afirman que la limitada participación comunitaria como resultado de la descentralización responde más a cómo se ha implementado la reforma que a la propia reforma en sí (144). Concluyen que factores contextuales relacionados con la política local tuvieron un gran impacto en los resultados en este ámbito. A pesar de ello, los mismos autores en un artículo posterior aseguran que con la descentralización: “se identificaron mejor las necesidades de la comunidad, las autoridades locales mejoraron sus capacidades para priorizar actividades, se incrementó la transparencia y la rendición de cuentas, y mejoró el acceso y la calidad de los servicios de salud” (145). En una revisión sistemática de la literatura analizando el efectos de los cambios en la gobernanza del sistema sobre la salud de la población, los autores concluyen que la descentralización promueve que la respuesta del sistema de salud se adapte a las necesidades locales, favorece la inclusión de los distintos actores en la toma de decisiones y fomenta la participación comunitaria (146). Por otro lado, nuestros resultados muestran que, en varios países, la descentralización ha provocado

descoordinación a diferentes niveles entre actores locales en salud, autoridades de instituciones nacionales y entre los programas verticales y el sistema local de salud. Asimismo, se han observado efectos negativos debido a la injerencia de las autoridades locales en la toma de decisiones con objetivos espurios. Por el contrario, en un análisis de la gobernanza local del sistema descentralizado de Brasil se observó que, tanto la coordinación entre los distintos actores de los municipios como la capacidad de los consejos municipales para tomar decisiones en relación a la financiación, aumentó tras la reforma del sector salud (147). Dentro de los elementos que han favorecido una mejor gobernanza tras la descentralización han sido el liderazgo político y la capacidad de las autoridades locales para asumir las funciones descentralizadas (6, 148, 149).

El efecto de la descentralización sobre la financiación del sistema de salud ha demostrado ser, en general, positiva. Numerosos autores documentan un aumento de los recursos para el sector salud tras la descentralización gracias, principalmente, a la movilización de recursos a nivel local (73-75, 116, 118). Este aumento de recursos se asoció en varias ocasiones a la disminución del costo de la atención y tratamiento para las familias y, como consecuencia, un mejor acceso a los servicios de salud de las familias más pobres (mejorando la equidad del sistema). No solo se redujo la cuantía del pago por los servicios de salud, sino que el hecho de acercar los centros de atención a las personas a través de la red de atención primaria de salud, disminuyó los gastos del transporte que las familias debían soportar. Otro efecto positivo de la descentralización sobre el sistema de financiación es que las decisiones se toman en el nivel local (incluidas las decisiones sobre dónde gastar el presupuesto), éstas están más adaptadas a la realidad de la zona y, por tanto, son potencialmente más eficientes (150). Algunos autores han identificado el distrito y sus estructuras de gestión como herramientas fundamentales en el éxito de políticas nacionales. En el caso de Tanzania, los equipos distritales de salud fueron actores fundamentales en el éxito del sistema de exención de pago de servicios de salud para poblaciones desfavorecidas en los distritos (151).

Como se observa, el impacto de la descentralización sobre la equidad del sistema tiene luces y sombras. Por un lado puede mejorar la equidad disminuyendo el pago de las familias por los servicios de salud, pero también puede hacer un sistema más inequitativo ya que el nivel central pierde su función de redistribuir la riqueza. En una revisión sistemática de la literatura analizando el efecto sobre la equidad de los procesos de descentralización en América Latina, se concluye que la evidencia publicada muestra también resultados ambiguos. Mientras los autores encuentran algunos resultados positivos relativos al acceso a los servicios de las poblaciones más desfavorecidas en Costa Rica y Brasil, se encontraron efectos negativos en Chile o México con inequidades en la distribución de los recursos entre las distintas regiones (siendo las regiones ricas las que cuentan con mayores recursos para salud) (152). Otro ejemplo del efecto de las reformas del sector salud en la equidad fue descrito por Coelho et al. Aunque ellos no analizan la reforma en sí, concluyen que tras la reforma basada en atención primaria llevada a cabo en Brasil, el acceso a los servicios de salud para las poblaciones indígenas mejoró considerablemente (153). En lo que coinciden la mayor parte de los autores es en asegurar que el efecto de la descentralización sobre la equidad del sistema en general depende, en gran medida, del contexto político y social previo a la reforma y del proceso de implementación de la misma (62).

Un factor limitante para el éxito de los procesos de descentralización que se ha señalado en múltiples ocasiones en la literatura, es la falta de una descentralización efectiva de la financiación. En la práctica esta situación lleva a que los distritos o municipios son los que supuestamente deben tomar las decisiones para la gestión del distrito pero no tienen control alguno sobre el presupuesto para salud (que se gestiona de forma centralizada) (63, 154, 155).

Los estudios muestran que, tras la descentralización, el acceso de la población a medicamentos, vacunas y equipos médicos, es peor. Aunque los pocos datos de estudios cuantitativos muestran tendencias positivas, esta evidencia es anecdótica y poco

generalizable teniendo en cuenta los resultados procedentes de estudios cualitativos. Unos de los efectos que fue frecuentemente señalado en los estudio fue el aumento de la burocracia como consecuencia de la descentralización. Este factor sumado a la falta de capacidad del personal del sistema local de salud, origina errores en la gestión de recursos e ineficiencias en el sistema. Asimismo, algunos autores apuntaron como razón de los problemas en la gestión de recursos la falta de personal capacitado para asumir las funciones que se estaban descentralizando. Teniendo en cuenta que los países de baja y media renta sufren una falta general de personal capacitado en múltiples niveles (156, 157), no parece que esta situación tenga una solución sencilla. A pesar de esto, existen numerosas experiencias documentadas de acciones dirigidas a mejorar las capacidades de gestión del personal de los distritos con resultados generalmente positivos (131, 158, 159). Los resultados de una revisión Cochrane de la literatura en esta área señalan que, aunque la calidad de la evidencia encontrada fue baja, existen intervenciones efectivas para retener y mejorar la capacidad de gestión del sistema distrital de salud (160).

Apenas existe evidencia sobre el efecto de la descentralización en los sistemas de información sanitarios de los países. Aunque existen numerosos análisis del desempeño de sistemas de salud en múltiples lugares y localizaciones (161-163) y se han testado un número considerable de intervenciones para mejorar los sistemas de información (162, 164-166), ninguna de éstas lo relaciona con el proceso de descentralización del sistema de salud. La mayor parte de la evidencia encontrada en esta revisión apunta a que, tanto la calidad como la disponibilidad de la información es menor tras la descentralización del sistema de salud. Se han identificado al menos dos razones para este hecho. En primer lugar, algunos autores señalan que los sistemas de información se fragmentaron en subsistemas específicos para cada distrito o municipio, lo que constituyó un gran escollo para la obtención de indicadores agregados para todo el país o región. En segundo lugar, la descentralización trajo consigo una disminución de las actividades de supervisión



desde el nivel central a la periferia, lo que a su vez resultó, por ejemplo, en un peor desempeño del sistema de vigilancia epidemiológica en Colombia (115).

Aunque la mayor parte de los efectos de la descentralización sobre los recursos humanos en salud identificados en estudios cuantitativos son de carácter positivo, la evidencia procedente de estudios cualitativos es considerablemente mayor y va en la dirección opuesta. Munga et al. analizaron el interesante proceso de descentralización y posterior recentralización de la gestión de RRHH en Tanzania. Entre los pocos efectos positivos encontrados, Munga et al. apuntan que la descentralización permitió adaptar el reclutamiento del personal a las necesidades específicas de cada distrito. Asimismo, el hecho de que la responsabilidad de la gestión de RRHH estuviera en el nivel periférico fomentó la búsqueda de soluciones locales a los problemas locales (75). En el mismo estudio, los autores identifican varios efectos perniciosos de la descentralización. Uno de los más frecuentes, no solo en ese estudio, es la injerencia que las autoridades locales ejercen sobre los procesos de selección de personal. Retrasos en la contratación de personal, falta de pago de salarios e incluso aumento en el costo total por profesional son otras consecuencias negativas de la descentralización.

La evidencia encontrada relativa al efecto de la descentralización sobre la provisión de servicios ha sido, con diferencia, la más abundante. En relación al acceso de la población a los servicios de salud, la evidencia indica que éste mejora tras la descentralización. Tanto la distancia a los centros sanitarios como la utilización de los mismos, se han visto mejoradas cuando los servicios se proveen a través del sistema atención primaria, o cuando la gestión de los mismos se encuentra en el nivel local. Los estudios que han analizado coberturas poblacionales de servicios específicos (ej. vacunación), también han encontrado aumentos de cobertura tras la descentralización. En el caso concreto de programas verticales de lucha contra el VIH o la tuberculosis, hay evidencia suficiente para asegurar que la descentralización de estos servicios a atención primaria, es una estrategia positiva para el desempeño del programa y para los pacientes. Este resultado

es coherente con las estrategias actuales propuestas por los organismos internacionales de integrar estos programas completamente en atención primaria (158, 167, 168). Aunque aún existe controversia acerca de la mejor manera de proveer servicios para personas con VIH o tuberculosis (169, 170), cada vez existe más consenso en que tanto el programa vertical como el sistema de salud se van a beneficiar de la integración de los servicios en los centros y puestos de salud (163, 171). Esta tendencia no es exclusiva de los programas de VIH o tuberculosis, sino que se puede encontrar también en relación a la lucha contra la malaria (172), salud mental (173) o el programa de salud sexual y reproductiva (174).

La calidad de los servicios también parece haber aumentado tras la descentralización. Datos procedentes de encuestas de satisfacción o de entrevistas con usuarios apuntan a que, en general, la gestión de los servicios en el nivel periférico mejora la calidad de los mismos. Este resultado contrasta con el encontrado por Robinson et al. en su análisis de los efectos de la descentralización de los servicios de salud sobre la calidad de los mismos, utilizando datos procedentes de estudios cuantitativos. Se concluye en este estudio que apenas hay evidencia de una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria cuando se descentralizan los servicios de salud, es decir, que el hecho de que las decisiones se tomen a nivel local no se traduce directamente en una mejora de los servicios (175). Como se ha comentado relativo a otras áreas, Robinson et al, señalan la voluntad política de cambio, la participación comunitaria y la disponibilidad de recursos necesarios como los factores fundamentales para que la descentralización tenga éxito. En otra revisión de ejemplos de descentralización de los servicios de salud en países africanos, se llega a la conclusión de que, aunque la calidad de los servicios de salud no ha mejorado tras la descentralización, estos resultados (o falta de los mismos) no puede atribuirse a una falta de efecto de la reforma sino a los factores contextuales de los países (176). Es decir, que es difícil separar los efectos de la descentralización como reforma del sistema de salud, de los factores y situaciones que ocurren de forma

contemporánea a esa reforma. Entre otras barreras, los autores identificaron la falta de fondos para el desarrollo de las actividades, la limitada capacidad del personal que debía asumir las funciones, la falta de incentivo del personal o, incluso, los problemas interpersonales (177, 178).

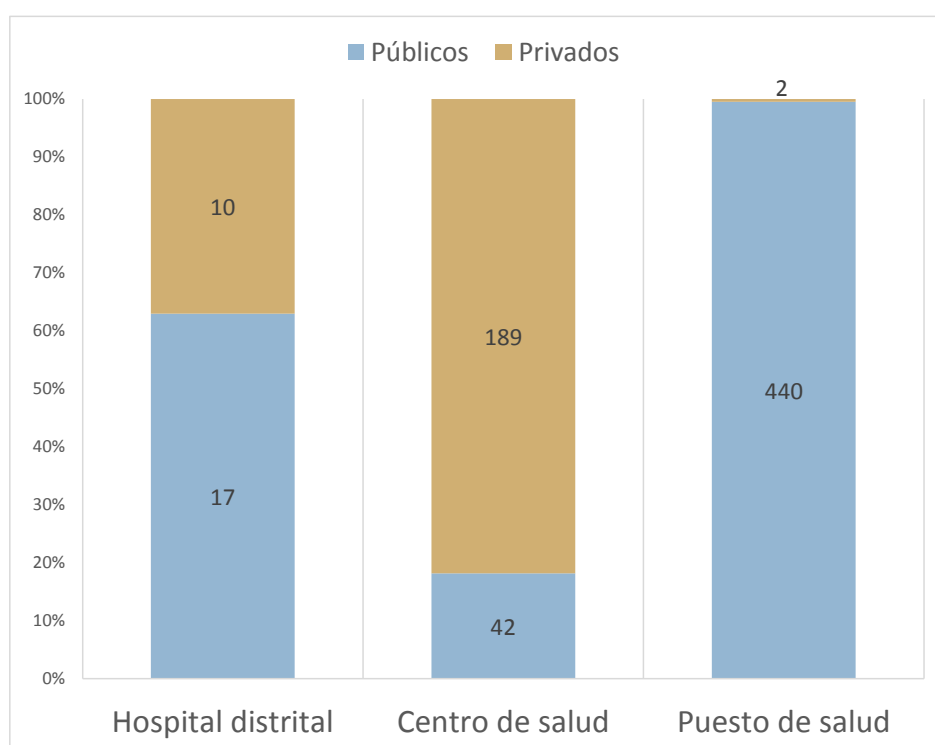
## **7.2. Situación de operatividad de los distritos sanitarios**

Se ha realizado un análisis descriptivo de la situación de operatividad de los 18 distritos sanitarios de Guinea Ecuatorial. La población calculada a partir de los datos recogidos por los equipos distritales de salud en la encuesta dista, en cierta medida, de las cifras oficiales de población. Las estimaciones poblacionales basadas en el censo del 2001 arrojan cifras de población en torno al millón de habitantes en el país (31). En la última encuesta demográfica de salud, realizada en el país en 2011 por el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, el dato poblacional que se utilizó fue de 1.014.999 habitantes (33). Por el contrario, la estimación de la OMS para Guinea Ecuatorial es de 757.000 habitantes (32). Asimismo, el Programa Nacional de Lucha contra el Paludismo en Guinea Ecuatorial estima que en el país vivían en el año 2010 entre 654.496 y 820.504 personas. Estos valores fueron calculados ajustando los datos del censo del 2001 con la tasa de crecimiento propuesta por el *US Bureau of Census* en el primer caso, y el encontrado en una encuesta poblacional realizada en la Isla de Bioko en 2007 en el segundo caso.

En términos de recursos disponibles para la realización de las funciones del distrito, se observan diferencias significativas tanto en distribución como en el perfil de recursos en cada distrito. El tipo de unidad sanitaria, en función de la propiedad del establecimiento (público o privado), varía considerablemente entre los distintos distritos. Mientras en el sistema público la mayor parte de las unidades sanitarias son puestos de salud, en el sistema privado son centros de salud y hospitales (Figura 25). Esta diferencia se explica por los diferentes objetivos que cumplen el sistema público y privado. Uno de los objetivos primordiales del sistema público es proveer de servicios esenciales al mayor

número de personas posibles, intentando conseguir coberturas cercanas al 100%. Para lograr este objetivo, el sistema público necesita escalonar los niveles de atención para hacerlo de forma que sea sostenible en el tiempo. En este sentido, las unidades menos complejas, y por tanto menos costosas, se utilizan para aumentar la cobertura. En el caso del sistema privado, cada unidad sanitaria funciona de forma independiente y solo se guían por la demanda de servicios de cada zona. En este sentido, los servicios más demandados de unidades sanitarias privadas son aquellos que requieren cierto grado de especialización o necesitan recursos específicos como por ejemplo instalaciones de laboratorio.

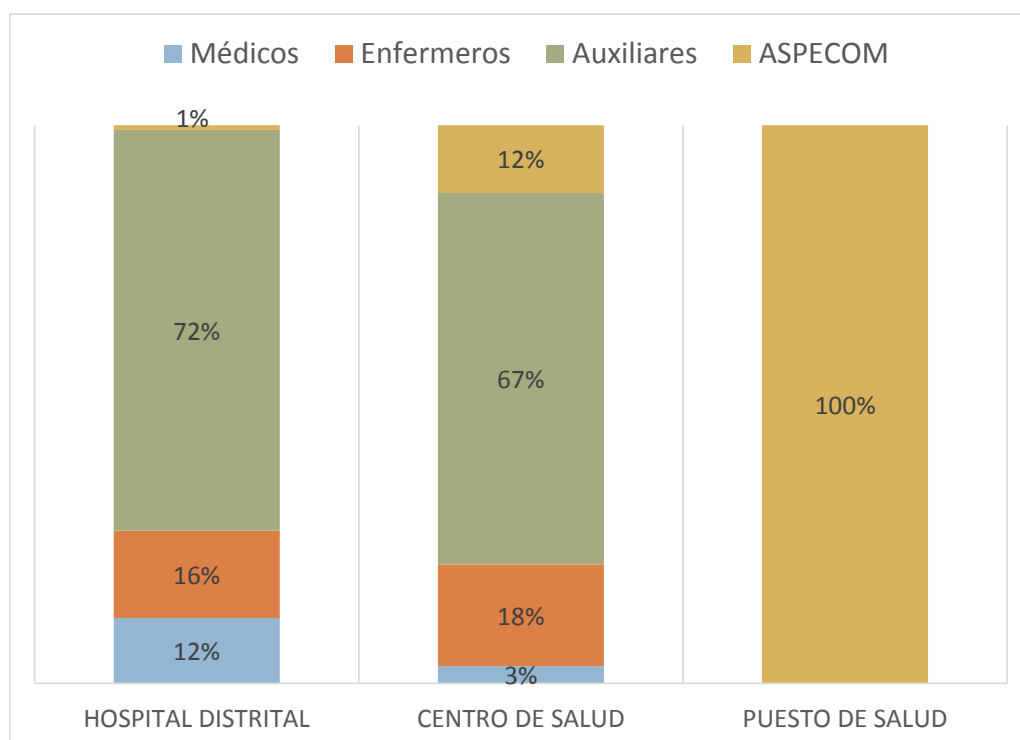
**Figura 25. Proporción y número de unidades sanitarias en función de su propiedad.**



También se observa una distribución desigual del personal entre los distritos. Como se puede observar en la Figura 26, el perfil profesional del personal en cada unidad sanitaria es considerablemente distinto. Las unidades sanitarias pertenecientes a la red de atención primaria de salud (puestos y centros de salud) cuentan con personal con un

perfil técnico más bajo en comparación con los hospitales. Este hecho no es de extrañar ya que la cartera de servicios ofrecida en centros y puestos de salud es de menor complejidad que la ofrecida en hospitales. A pesar de este hecho, sigue existiendo una desigualdad en la distribución del personal de salud, con un 95% de los médicos y cerca del 80% de los enfermeros trabajando en el ámbito hospitalario, y un 85% de los ASPECOM trabajando en APS. Por tanto, aunque esta distribución de los profesionales es compatible con el grado de complejidad de las distintas unidades sanitarias, llama la atención las grandes diferencias entre atención hospitalaria y atención primaria en relación con perfil de los sanitarios.

**Figura 26. Distribución (%) de las categorías profesionales por tipo de unidad sanitaria.**



El número de profesionales por 1000 habitantes en los distritos estimada a partir de los datos de la encuesta difiere en cierta medida de los recogidos en la base de datos de la OMS para el país. Mientras se ha estimado en nuestro estudio que existen 0,20 médicos por cada 1000 habitantes con un mínimo de 0,08 por 1000 en Añisoc y un máximo de

1,83 en Riaba, la base de datos de la OMS estima que existen 0,302 médicos por 1000 habitantes (32). Una variación parecida se ha encontrado con el número de enfermeros por cada 1000 habitantes (0,32 en la encuesta y 0,535 estimados por la OMS). Una posible razón para esta diferencia radica en los denominadores utilizados para el cálculo del indicador. Como se explicó anteriormente, las estimaciones poblacionales para Guinea Ecuatorial no son fiables y mientras que la OMS estima una población de 757.000 habitantes en todo el país, las estimaciones realizadas por los distritos ascienden a 821.606 habitantes.

La cartera de servicios ofrecida por las unidades sanitarias abarca prácticamente todos los servicios esenciales de cualquier sistema de salud de la región (45), pero cuando se analiza pormenorizadamente la oferta por áreas y por tipo de unidad sanitaria, se observan ciertas limitaciones. Poco más del diez por ciento de las unidades sanitarias de los distritos cuentan con todos los servicios de salud sexual y reproductiva que deben tener. Aunque la mayor parte de los centros de salud tienen servicios de atención prenatal, solo una tercera parte puede atender partos no complicados o proveer de servicios post parto. Teniendo en cuenta esta situación, no son de extrañar los resultados relativos a salud materna estimados por la encuesta demográfica de salud realizada en 2011 (33). Se estimó en esa encuesta que únicamente un 12,6% de las mujeres estaban utilizando algún método anticonceptivo, lo que conllevaba que el 26,8% de las mujeres vieran insatisfechas sus necesidades de planificación familiar. También coherente es la cobertura de control prenatal estimada por la EDSGE. Un 91,3% de las mujeres embarazadas recibieron al menos una consulta prenatal durante el embarazo y 66,9% recibieron 4 consultas.

También sorprende que el servicio de vacunación en puesto fijo, que es primariamente un servicio de atención primaria de salud, sea ofertado en poco más de la mitad de los centros de salud y, por el contrario, todos los hospitales distritales lo ofrezcan. Esta diferencia es aún mayor cuando consideramos la estrategia avanzada de vacunación.

Una posible explicación de esta situación es que los hospitales distritales cumplen varias de las funciones de atención primaria del distrito. Por ejemplo, aquellas actividades que requieren un vehículo para ser realizadas (ej. salidas de vacunación) prácticamente solo se pueden realizar por los hospitales, ya que centros y puestos no suelen tener estos recursos.

La atención a personas con necesidades especiales (personas con VIH, tuberculosis o con problemas de salud mental), apenas pueden encontrar servicios para ellos en los centros y puestos de salud. Solo un 4,6% de los centros de atención primaria puede ofrecer tratamiento para el VIH o para problemas de salud mental graves y un 11,4% pueden ofrecer tratamiento contra la tuberculosis. La situación mejora parcialmente cuando analizamos los servicios en los hospitales, principalmente para los servicios de atención a pacientes con tuberculosis que están presentes en el 83,3% de los hospitales distritales. Por el contrario, menos de una tercera parte de los hospitales ofrecen tratamiento para el VIH o para problemas de salud mental grave. Datos del Plan Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA en Guinea Ecuatorial, apuntan que solo un 28,4% de los pacientes elegibles para tratamiento antirretroviral estaban recibiendo el tratamiento que necesitaban, y únicamente un 6,3 % de los niños con VIH estaban recibiendo el tratamiento que necesitaban en 2011 (179). En un análisis de la situación de la atención a personas con una enfermedad mental en Guinea Ecuatorial, se estimó que existía un 98,5% de personas con una enfermedad mental grave que no estaban recibiendo tratamiento en 2008 (38). Una de las conclusiones del estudio iba en la dirección de integrar los servicios de salud mental en atención primaria de salud formando al personal existente en las unidades sanitarias. Aunque se ha avanzado significativamente en este proceso con la creación de una política y estrategia nacional de salud mental (38) y la formación de personal para el manejo de enfermedad mental grave, existe todavía un largo camino por recorrer si observamos los datos obtenidos en este trabajo.

Un resultado positivo encontrado en el análisis de la cartera de servicios ofrecida por centros y puestos de salud es que la mayor parte de las unidades sanitarias está en condiciones de proveer prevención, diagnóstico y tratamiento de la mayor parte de las enfermedades más prevalentes del país. Asimismo, ésta oferta de servicios también es coherente con las necesidades sentidas por la población, si atendemos a los problemas de salud identificados como prioritarios por los distintos grupos de actores en salud. Por otro lado, al igual que en otros países (180), las unidades sanitarias no están preparadas todavía para atender las necesidades en relación a enfermedades no transmisibles como la diabetes o la hipertensión.

En cuanto al funcionamiento de las estructuras de gestión, se observa que en la mayor parte de los distritos cuentan con un ESD activo, mientras que el CDD y el CSD son mucho menos frecuentes (Figura 21). Igualmente, se observa que aquellos distritos que tienen un CSD activo también tienen un CDD identificado. Una de las posibles razones para esta falta de desarrollo del CDD y del CSD puede ser la falta de implicación de las autoridades locales (Delegado de Gobierno en el distrito y Gobernador en la provincia) en temas de salud. No es infrecuente que tanto las autoridades locales como la población en general asuman que la solución de los problemas de salud ha de venir dada por los sanitarios. Esto es coherente con la situación encontrada en algunos distritos (caso de Nsork) en los que el Delegado de Gobierno es un sanitario. En estos distritos tanto el CDD como el CSD participan activamente en la mejora de la salud de la población del Distrito. También hay que tener en cuenta que el funcionamiento de las estructuras de gestión que no están bajo en control del MINSABS, depende en gran medida de la gobernabilidad general del distrito en sus ámbitos político, económico y social.

La falta de estructuras comunitarias de participación fue identificada como un factor limitante en el desarrollo pleno del modelo de distrito. Este hecho también ha sido apuntado por varios autores previamente y la participación comunitaria es considerada como esencial para algunos de ellos (143, 181, 182). En múltiples ocasiones, tanto en las



supervisiones como durante el curso modular, se apuntó la necesidad de cambiar el modelo de participación de la comunidad a un modelo de mayor participación en la toma de decisiones, gobernabilidad y transparencia. A pesar de esta falta de desarrollo de estructuras comunitarias, prácticamente todos los distritos las identificaron como actores clave para el desarrollo el sistema de salud del distrito.

Analizando los procesos de gestión de los distritos sanitarios, se observa que prácticamente ningún distrito está realizando los procesos básicos de gestión distrital de una forma estructurada y sistemática. Únicamente la mitad de los distritos tenían un plan operativo anual en el que se definen las actividades a realizar durante el año y qué metas se quieren conseguir. De ellos, solo 5 distritos contaban con herramientas para monitorear si se estaban consiguiendo las metas acordadas en el plan anual y, por tanto, podían saber si estaban en el camino de conseguir las.

En general, hay poca participación de actores no sanitarios en los procesos de planificación en los distritos. La mitad de los planes de acción que existen fueron formulados únicamente por el equipo de salud distrital con apoyo esporádico del personal del hospital o de centros de salud. En el caso de los distritos que invitaron a actores no sanitarios en la planificación, en ninguno de los casos estos mismos actores están participando en el monitoreo del plan, y tampoco se ha realizado una rendición de cuentas del ESD hacia las otras estructuras de gestión o a la comunidad de la consecución de los objetivos del plan. La colaboración de actores no sanitarios en ámbitos distintos a la planificación se puede definir como anecdótica y dependiente de las personas concretas que se encuentran en el distrito. Ejemplos de distritos que han conseguido involucrar activamente a actores no sanitarios en los procesos de planificación son: Akurenam (creación de Comités de Salud Comunitarios), Malabo (implicación de las autoridades locales de los barrios) o Niefang (trabajo con curanderos tradicionales y vendedores de productos de alimentación callejeros). Algunas razones identificadas en la literatura para la falta de participación de la comunidad en la toma de

decisiones en salud son: la falta de voluntad política para ello, inexistencia de mecanismos efectivos para recoger las opiniones y deseos de las comunidades, y la falta de herramientas para traducir el complejo lenguaje sanitario a términos comunes que puedan ser entendidos por la población general (148, 183).

La supervisión de unidades sanitarias es uno de los procesos de gestión clave del distrito sanitario. Permite asegurar la calidad de los servicios, motivar al personal de salud y alinear el desempeño de las distintas unidades sanitarias (184, 185). Aunque no hay evidencia robusta para asegurar que las visitas de supervisión son eficaces (186), hay multitud de experiencias en las que estas visitas parecen tener un efecto positivo (187-189). Las actividades de supervisión de unidades sanitarias realizadas por el equipo distrital de salud han variado enormemente de unos distritos a otros. A pesar de que el 70% de los equipos distritales de salud contaban con las herramientas de supervisión, únicamente 11 de los 18 distritos habían realizado una salida de supervisión en los últimos 6 meses. No sorprenden, por tanto, las bajas coberturas de supervisión encontradas durante la encuesta. Uno de los principales factores limitantes para realizar estas salidas es la disponibilidad de un vehículo para visitar las unidades sanitarias. Todos los hospitales cuentan con un vehículo que cumple las funciones de ambulancia, transporte de medicamentos y equipos, campañas de vacunación y, por último, sirve de apoyo al ESD para sus salidas a las unidades sanitarias. Además, no siempre se dispone de fondos para comprar el combustible necesario para el vehículo. A esto se suma la falta de tiempo de los responsables del ESD que, normalmente, son los únicos médicos locales del distrito, cumplen las funciones de directores del hospital distrital y son punto focal para numerosos programas verticales. No es difícil entender que en distritos como el de Bata o Añisoc, en los que existen más de 50 unidades sanitarias públicas, sea prácticamente imposible realizar visitas de supervisión regulares a todas las unidades.

### 7.3. Recomendaciones para Guinea Ecuatorial

- General:
  - Hay suficiente evidencia para asegurar que la descentralización de la financiación o de los servicios de salud a través de la red de atención primaria es efectiva para mejorar el acceso y, en algunos casos, mejorar la calidad de los servicios. Teniendo en cuenta las bajas cifras de cobertura de algunos servicios, la descentralización es una buena opción.
- Gobernanza:
  - En la mayor parte de los estudios la toma de decisiones a nivel local se vio como un elemento positivo para adaptar la planificación y la distribución de recursos a las necesidades de la población. En Guinea Ecuatorial los procesos de gestión (planificación y supervisión) no se realizan de forma estructurada y regular. El proceso de descentralización en el país debería fortalecer, tanto las capacidades de los ESD en este ámbito, como promover la realización de actividades de planificación participativa de forma regular.
  - Los mecanismos de representación y participación comunitaria son generalmente débiles o inexistentes en los distritos. El país debe fortalecer estas estructuras para poder incluir a la población en la toma de decisiones en salud. Un sistema de salud en el que la persona está en el centro de las decisiones necesita mecanismos ágiles y transparentes de participación.
  - Para solventar los problemas de injerencia de los gobernantes locales con intereses espurios, deben existir mecanismos de transparencia y rendición de cuentas desde las autoridades locales a la población y desde el nivel central al nivel local.
- Financiación

- Es esencial que la descentralización de la toma de decisiones a los distritos vaya acompañada de la capacidad de estos para utilizar el presupuesto libremente, de acuerdo a la planificación anual. El hecho de que la toma de decisiones se realice a nivel local, pero el presupuesto se distribuya desde el nivel central, ha demostrado ser un factor limitante para el buen funcionamiento del distrito.
- Uno de los efectos positivos de la descentralización de la financiación ha sido la posibilidad de los distritos para generar recursos a nivel local. Guinea Ecuatorial podría caminar en esta dirección, siempre y cuando existan mecanismos a nivel central para equilibrar los recursos disponibles entre regiones ricas (con más posibilidades de generar recursos locales) y regiones pobres.
- Guinea Ecuatorial debe tener personal capacitado en los distritos para que puedan asumir las funciones del sistema de financiación que vayan a ser descentralizadas. Múltiples ejemplos extraídos de la evidencia científica muestran que de no hacerlo así, los beneficios de la descentralización se limitan o incluso puede tener efectos perniciosos para el sistema.
- Sistema de información en salud:
  - Uno de los efectos negativos potenciales de la descentralización es que cada distrito acabe teniendo sistemas de información paralelos y no compatibles. El nivel central del MINSABS debe velar por la armonía entre los distintos sistemas, proveyendo la estructura básica y esencial del sistema de información para cada nivel asistencial y en cualquier distrito.
- Acceso a medicinas, vacunas y equipos
  - La evidencia encontrada muestra efectos generalmente negativos de descentralizar este tipo funciones. A pesar de ello, parece que los efectos negativos tienen más que ver con la falta de capacidad de los equipos en

el nivel local para realizar la gestión de recursos, que con el hecho de que estén descentralizados. Guinea Ecuatorial debe analizar cuidadosamente la capacidad instalada en los distritos antes de descentralizar la gestión de recursos.

- La descentralización parcial de la gestión de recursos puede ser una posible solución en países con baja capacidad en el nivel local.
- Recursos humanos
  - Guinea Ecuatorial debería tender a que el reclutamiento de personal se hiciera en el nivel local, para que este se adaptara a las necesidades de los distritos. Por otro lado, debe establecer procesos transparentes de toma de decisiones y fortalecer la capacidad de gestión de recursos humanos a nivel local.
  - En un escenario en el que el reclutamiento y contratación del personal se realiza en el nivel local, el nivel central debe establecer mecanismos que favorezcan una distribución equitativa de los profesionales entre los distintos distritos.
- Provisión de servicios
  - Guinea Ecuatorial debe tender a la integración de la provisión de servicios en la red de atención primaria de salud.

## **7.4. Limitaciones**

### **7.4.1. Limitaciones de la revisión sistemática de la literatura**

Una de las limitaciones identificadas en esta revisión de la literatura es el hecho de que un único investigador haya realizado la selección de los estudios. Para evitar en la medida de lo posible que artículos relevantes hayan sido excluidos de forma errónea, se han utilizado las listas de referencias de revisiones de la literatura ya publicadas en este

ámbito (6, 61-63), y se ha confirmado que las todas las referencias relevantes estuvieran también recogidas en los artículos incluidos de esta revisión.

Otra limitación que se ha señalado tiene que ver con el hecho de que los efectos (positivos o negativos) identificados en los estudios cualitativos pueden no ser todos los efectos discutidos por los participantes en dichos estudios. Aunque es posible que esto pueda haber ocurrido en algunos casos, consideramos que se han incluido un número suficiente de estudios como para capturar los efectos más frecuentes de la descentralización en países de renta media y baja. Asimismo, se han incluido experiencias de casi treinta países lo que disminuye el riesgo de no haber incluido efectos que son dependientes o específicos de algunas localizaciones geográficas.

En relación a la evaluación de calidad de los estudios incluidos, una dificultad encontrada ha sido la multitud de diseños utilizados por los diferentes autores. Ante la imposibilidad de encontrar una herramienta de evaluación aplicable a todos los estudios, se ha decidido usar una herramienta para estudios de los que se ha extraído información cuantitativa y otra distinta para estudios de los que se ha extraído información cualitativa. Ambas herramientas han sido validadas y aplicadas en revisiones sistemáticas de literatura (65, 69). En el caso de estudios con metodología mixta, se aplicaron ambas herramientas.

#### **7.4.2. Limitaciones de la encuesta**

Un hecho importante a la hora de analizar los resultados agregados obtenidos tras el análisis de la encuesta es que han sido los propios equipos distritales de salud los que han completado la encuesta. Aunque todos los equipos recibieron formación en cómo completar la encuesta y las fuentes potenciales de los mismos, puede haber existido cierto grado de heterogeneidad en la forma de obtener los datos y las fuentes de datos utilizadas. Para evitar al máximo posible esta situación se realizaron tres giras de supervisión por parte del equipo coordinador en las que se visitaron todos los distritos

durante la recogida de los datos en cada una de las tres fases descritas de la encuesta. Además de confirmar que los equipos entendía el significado de cada parte de la encuesta y las fuentes de datos adecuadas para cada tipo de dato, se solicitó prueba documental de aquella información sobre la que existía dudas por parte del equipo supervisor. Asimismo, todos los equipos distritales estuvieron apoyados en el terreno por al menos un expatriado (Cooperación Cubana y/o Cooperación Española) que guiaron al equipo a la hora de cumplimentar la encuesta. Por último, todos los equipos distritales presentaron los resultados de la encuesta ante el resto del equipos distritales, representantes del MINSABS y cooperaciones con el objetivo identificar posibles fallos que no hubieran sido identificados por el expatriado en el distrito o durante las giras de supervisión.

Como se apuntó en la sección de material y métodos, de los dos cuestionarios que forman la herramienta de evaluación de la operatividad distrital de la OMS (cuestionario para el distrito y cuestionario para cada unidad sanitaria) en el presente trabajo únicamente se ha utilizado el cuestionario para el distrito. Como se comentó anteriormente, se decidió reducir la profundidad del análisis en cada distrito para poder realizar un análisis de todos los distritos del país. En términos del presente trabajo este hecho no influye en los resultados y conclusiones del mismo ya que únicamente se presentan los resultados del nivel distrital y no de las unidades sanitarias. Por otro lado, sería un ejercicio interesante para el país completar esta evaluación con el análisis en profundidad de la situación en las unidades sanitarias.

## **8. Conclusiones**





1. La evidencia relativa a los efectos de la descentralización de los sistemas de salud en países de renta media y baja, aunque abundante, está formada por estudios con calidad metodológica moderada o baja.
2. La descentralización de la financiación y la provisión de servicios de salud ha mostrado ser efectiva, tanto asociada a la descentralización de otras áreas como cuando se ha descentralizado en solitario.
3. La descentralización de aquellas funciones que requieren gestión de recursos (tanto humanos como materiales) sugiere que no tiene efectos positivos cuando la comparamos con sistemas más centralizados. Una de las principales razones podría ser la falta de capacidad técnica de los niveles periféricos para asumir las funciones descentralizadas.
4. Existe una distribución de recursos (unidades sanitarias y recursos humanos) con una orientación centrada en la atención hospitalaria y, aunque existe una red de infraestructuras de atención primaria de salud, un número considerable de ellas no están en funcionamiento.
5. La cartera de servicios ofrecida por las unidades sanitarias públicas es adecuada para el perfil epidemiológico del país aunque se puede mejorar la asistencia a personal con necesidades especiales (ej. VIH o salud mental). A pesar de esta amplia oferta, las coberturas de estos servicios son aún insuficientes.
6. Todos los distritos cuentan con un Equipo de Salud Distrital. Muy poco distritos cuentan con las otras dos estructuras de gestión del distrito (Comité de Desarrollo y Comité de Salud Distrital)
7. En general, los distritos sanitarios están poco operativos. Tanto la función de planificación anual como la supervisión de unidades sanitarias se realiza de forma eventual y poco estructurada.
8. Con el objetivo de conseguir el mayor beneficio de la descentralización de los servicios de salud, Guinea Ecuatorial debe asegurar que existen capacidades

instaladas en los distritos para asumir las funciones que se descentralizasen. Asimismo, la descentralización debe ser efectiva con transferencia real de capacidad en la toma de decisiones (incluyendo en cómo distribuir el presupuesto) a los distritos. Una de las lecciones aprendidas en otros países es que para que la descentralización funcione, los distritos deben tener independencia suficiente como para tomar las decisiones que se requieran para cumplir las funciones que deben asumir con la descentralización.

## **9. Bibliografía**



1. World Health Organization. Everybody's business strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization, 2008.
2. Mathers N, Huang YC. The future of general practice in China: from 'barefoot doctors' to GPs? *Br J Gen Pract.* 2014;64(623):270-1.
3. Free C, Phillips G, Watson L, Galli L, Felix L, Edwards P, et al. The effectiveness of mobile-health technologies to improve health care service delivery processes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2013;10(1):e1001363.
4. Spaan E, Mathijssen J, Tromp N, McBain F, ten Have A, Baltussen R. The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90(9):685-92.
5. Wagstaff A, Lindelow M, Jun G, Ling X, Juncheng Q. Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme. World Bank; 2007.
6. Berman PA, Bossert TJ. A Decade of Health Sector Reform in developing Countries: What Have We Learned? Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries; Washington, D.C.2000.
7. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *The Lancet.* 2008;372(9642):950-61.
8. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care; Alma Ata: World Health Organization; 1978.
9. World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the year 2000. Geneva: World Health Organization, 1981.
10. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood).* 2004;Suppl Web Exclusives:W4-184-97.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
12. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med.* 2010;70(6):904-11.
13. World Health Organization. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; Ottawa: World Health Organization; 1986.
14. World Health Organization. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas Conferencia internacional sobre la Salud en Todas las Políticas; Adelaida: World Health Organization; 1988.
15. World Health Organization. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Conferencia Mundial de Promoción de Salud; Ciudad de México2000.
16. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization, 2008.
17. World Health Organization. Declaración Política de Rio sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; Rio de Janeiro: World Health Organization; 2011.
18. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization. Fact Sheet No. 31: The Right to Health. World Health Organization; 2002.

19. World Health Organization. Framework for the implementation of the Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa. Brazzaville: World Health Organization, 2010.
20. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health system decentralization : concepts, issues and country experience. World Health Organization, 1990.
21. Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance. *Social Science and Medicine*. 1998;47(10):1513-27.
22. Arredondo A, Orozco E, De Icaza E. Evidences on weaknesses and strengths from health financing after decentralization: Lessons from Latin American countries. *International Journal of Health Planning and Management*. 2005;20(2):181-204.
23. Chatora R, Tumusiime P. Module 1: Health Sector Reform and District Health Systems. Brazzaville: World Health Organization; 2004.
24. European Observatory on Health Systems and Policies. Decentralization in Health Care. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K, editors. 2007.
25. World Health Organization. Declaration on strengthening District Health Systems based on Primary Health Care. Interregional meeting on strengthening district health systems; Harare: World Health Organization; 1987.
26. MINSABS de Guinea Ecuatorial. Plan de Acción Horizonte 2020. Salud para Todos: Horizonte 2020; Mongomo2008.
27. Reporters Without Borders. World Press Freedom Index 2014. Paris: 2014.
28. Transparency International. Corruption Perceptions Index 2013 2013 [Julio 2015]. Available from: <http://www.transparency.org/cpi2013/results>.
29. World Bank. World DataBank 2015 [Julio 2015]. Available from: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>.
30. United Nations Development Programme. Humand Development Report 2014. Geneva: United Nations Development Programme, 2014.
31. Gobierno de Guinea Ecuatorial. III Censo General de Población y Viviendas Malabo2001.
32. World Health Organization. Data and statistics 2015 [cited Julio 2015]. Available from: <http://www.who.int/research/en/>.
33. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, Ministerio de Economía Planificación e Inversiones Públicas, ICF International. Encuesta Demográfica y de Salud (EDSGE-I). Calverton, Maryland, USA: 2011.
34. McKeown RE. The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. *Am J Lifestyle Med*. 2009;3(1 Suppl):19S-26S.
35. Boutayeb A. The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2006;100(3):191-9.
36. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-128.
37. MINSABS de Guinea Ecuatorial. Informe del Sistema de Información Sanitaria. Malabo: MINSABS, 2010.
38. Moron-Nozaleda MG, Gomez deTojeiro J, Cobos-Munoz D, Fernandez-Liria A. Integrating mental health into primary care in Africa: the case of Equatorial Guinea. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*. 2011;9(3):304-14.

39. Gobierno de España. Tratado de Amistad y Cooperación entre España y Guinea Ecuatorial. Madrid 1981.
40. World Health Organization. Women's and Children's health through the funding and management of essential drugs at community level: Bamako Initiative. World Health Organization Regional Committee; Bamako 1987.
41. Sima JM. Atención Primaria de Salud en Guinea Ecuatorial. Conferencia Nacional de Atención Primaria en Guinea Ecuatorial; Bata 2011.
42. Gobierno de Guinea Ecuatorial. Decreto 99/90 por el que se crean en todo el ámbito nacional los comités de desarrollo y de salud distritales y los equipos de salud correspondientes. Malabo 1990.
43. Rodríguez Núñez Á. La antigua Guinea española: análisis y perspectivas. 2005.
44. Cobos D, Monzón L. Seminario para la operacionalización del distrito sanitario en Guinea Ecuatorial. 2010.
45. Cobos D, Monzón L. Propuesta de actualización del paquete esencial de actividades y recursos en APS en Guinea Ecuatorial. 2010.
46. Cobos D, Monzón L. Consultoría para la unificación del desempeño de las actividades de los centros de salud de FRS. 2010.
47. Monzón L, Cobos D. Informe del taller modular de equipos distritales de salud en Guinea Ecuatorial. 2012.
48. World Health Organization. World Health Report 2000: Health systems - improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
49. Almeida C, Braveman P, Gold MR, Szwarcwald CL, Ribeiro JM, Miglionico A, et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *The Lancet*. 2001;357(9269):1692-7.
50. Murray C, Frenk J. World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *The Lancet*. 2001;357(9269):1698-700.
51. Navarro V. The new conventional wisdom: an evaluation of the WHO report. *International Journal of Health Services*. 2001;31(1):23-33.
52. MINSABS de Guinea Ecuatorial. Atención Primaria de Salud. Organización Distrital de los Servicios de Salud. Malabo: Salud y Desarrollo; 1997.
53. World Health Organization. World Health Report: Health systems financing - the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.
54. OCDE. Creditor Reporting System (CRS) 2015 [cited Julio 2015]. Available from: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1#>.
55. MINSABS de Guinea Ecuatorial. Informe de la gira de supervisión de atención primaria de Salud. Malabo: MINSABS, 2011.
56. Rehman AM, Mann AG, Schwabe C, Reddy MR, Roncon Gomes I, Slotman MA, et al. Five years of malaria control in the continental region, Equatorial Guinea. *Malar J*. 2013;12:154.
57. Chatora R, Tumusiime P. Module 2: Management, Leadership and Partnership for District Health. Brazzaville: World Health Organization; 2004.
58. Chatora R, Tumusiime P. Module 3: Management of Health Resources. Brazzaville: World Health Organization; 2004.
59. Chatora R, Tumusiime P. Module 4: Planning and Implementation of District Health Services. Brazzaville: World Health Organization; 2004.
60. Chatora R, Tumusiime P, Petit P. Facilitator's Guide. World Health Organization; 2005.



61. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Pan Am J Public Health*. 2005;17(3).
62. Willis K, Khan S. Health Reform in Latin America and Africa: decentralisation, participation and inequalities. *Third World Quarterly*. 2009;30(5):991-1005.
63. Gilson L, Mills A. Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy*. 1995;32(1-3):215-43.
64. Sambo L, Chatora R. Tools for Assessing the Operationality of District Health Systems. World Health Organization, 2003.
65. Higgins J, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0: The Cochrane Collaboration*; 2011.
66. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, G. AD, Group" TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*. 2009.
67. Burls A. What is critical appraisal? . 2009.
68. Thomas BH, Ciliska D, Dobbins M, Micucci S. A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2004;1(3):176-84.
69. Armijo-Olivo S, Stiles CR, Hagen NA, Biondo PD, Cummings GG. Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *J Eval Clin Pract*. 2012;18(1):12-8.
70. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Quality assessment tool for qualitative studies Oxford2014 [February 2014]. Available from: [http://media.wix.com/ugd/dded87\\_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf](http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf).
71. Anokbonggo WW, Ogwal-Okeng JW, Ross-Degnan D, Aupont O. Attitudes and perceptions of stakeholders on decentralization of health services in Uganda: the case of Lira and Apac districts. *East African medical journal*. 2004;Suppl:S8-11.
72. Arredondo A, Orozco E. Effects of health decentralization, financing and governance in Mexico. *Revista de Saude Publica*. 2006;40(1):152-60.
73. Arredondo A, Orozco E. Equity, governance and financing after health care reform: Lessons from Mexico. *International Journal of Health Planning and Management*. 2008;23(1):37-49.
74. Arredondo-Lopez A, Orozco-Nunez E. Health governance and social protection indicators in Latin-America: strengths, weaknesses and lessons-learned from six Mexican states. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2014;16(3):335-46.
75. Munga MA, Songstad NG, Blystad A, Maestad O. The decentralisation-centralisation dilemma: recruitment and distribution of health workers in remote districts of Tanzania. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009;9(1):9.
76. Newell JN, Collins CD, Baral SC, Omar MA, Pande SB. Decentralisation and TB control in Nepal: Understanding the views of TB control staff. *Health Policy*. 2005;73(2):212-27.
77. Regmi K, Naidoo J, Pilkington PA, Greer A. Decentralization and district health services in Nepal: Understanding the views of service users and service providers. *Journal of Public Health*. 2010;32(3):406-17.
78. Saide MAO, Stewart DE. Decentralization and human resource management in the health sector: A case study (1996-1998) from Nampula province, Mozambique. *International Journal of Health Planning and Management*. 2001;16(2):155-68.

79. Santos SSBDS, De Melo CMM. Evaluation of the decentralization of epidemiologic surveillance to the Team of the Family Health Program. [Portuguese]. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2008;13(6):1923-32.
80. Shaikh S, Naeem I, Nafees A, Zahidie A, Fatmi Z, Kazi A. Experience of devolution in district health system of Pakistan: Perspectives regarding needed reforms. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2012;62(1):28-32.
81. La Vincente S, Aldaba B, Firth S, Kraft A, Jimenez-Soto E, Clark A. Supporting local planning and budgeting for maternal, neonatal and child health in the Philippines. *Health Research Policy and Systems*. 2013;11(1).
82. Abdullah A, Stoelwinder J. Decentralization and health resource allocation: a case study at the district level in Indonesia. *Healthcare quarterly*. 2008;11(2):117-25.
83. Ali Jadoo SA, Aljunid SM, Sulku SN, Nur AM. Turkish health system reform from the people's perspective: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:30.
84. Anokbonggo WW, Ogwal-Okeng JW, Obua C, Aupont O, Ross-Degnan D. Impact of decentralization on health services in Uganda: a look at facility utilization, prescribing and availability of essential drugs. *East African medical journal*. 2004;Suppl:S2-7.
85. Arrieta A. Health reform and cesarean sections in the private sector: The experience of Peru. *Health Policy*. 2011;99(2):124-30.
86. Atkinson S, Haran D. Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north-east Brazil. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11).
87. Bernatas JJ, Ali IM, Ismael HA, Matan AB, Aboubakar IH. Decentralisation of directly observed treatment in a large African city: Evaluation of the experience of Djibouti. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2003;7(8):724-9.
88. Bixby LR. Assessing the impact of health sector reform in Costa Rica through a quasi-experimental study. [Spanish]. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2004;15(2):94-103.
89. Blas E, Limbambala ME. User-payment, decentralization and health service utilization in Zambia. *Health Policy and Planning*. 2001;16(SUPPL. 2):19-28.
90. Borrero E, Carrasquilla G, Alexander N. [Decentralization and health system reform: what is their impact on malaria incidence in Colombian municipalities?]. [Spanish]. *Biomedica : revista del Instituto Nacional de Salud*. 2012;32 Suppl 1:68-78.
91. Bossert TJ, Larranaga O, Giedion U, Arbelaez JJ, Bowser DM. Decentralization and equity of resource allocation: Evidence from Colombia and Chile. *Bull World Health Organ*. 2003;81(2):95-100.
92. Boyer S, Eboko F, Camara M, Abe C, Nguini MEO, Koulla-Shiro S, et al. Scaling up access to antiretroviral treatment for HIV infection: The impact of decentralization of healthcare delivery in Cameroon. *Aids*. 2010;24(SUPPL. 1):S5-S15.
93. Boyer S, Abu-Zaineh M, Blanche J, Loubiere S, Bonono RC, Moatti JP, et al. Does HIV services decentralization protect against the risk of catastrophic health expenditures? Some lessons from Cameroon. *Health Services Research*. 2011;46(6 PART 2):2029-56.
94. Boyer S, Protopopescu C, Marcellin F, Carrieri MP, Koulla-Shiro S, Moatti J-P, et al. Performance of HIV care decentralization from the patient's perspective: Health-

- related quality of life and perceived quality of services in Cameroon. *Health Policy and Planning*. 2012;27(4):301-15.
95. Chan AK, Mateyu G, Jahn A, Schouten E, Arora P, Mlotha W, et al. Outcome assessment of decentralization of antiretroviral therapy provision in a rural district of Malawi using an integrated primary care model. *Tropical Medicine and International Health*. 2010;15(SUPPL. 1):90-7.
  96. El-Sony AI, Mustafa SA, Khamis AH, Enarson DA, Baraka OZ, Bjunett G. The effect of decentralisation on tuberculosis services in three states of Sudan. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2003;7(5):445-50.
  97. Fayorsey RN, Saito S, Carter RJ, Gusmao E, Frederix K, Koech-Keter E, et al. Decentralization of pediatric HIV care and treatment in five sub-Saharan African countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2013;62(5):e124-e30.
  98. Guanais FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(4):1127-35.
  99. Hagstromer O, Lundstedt L, Balcha TT, Bjorkman P. Decentralised paediatric HIV care in Ethiopia: a comparison between outcomes of patients managed in health centres and in a hospital clinic. *Global health action*. 2013;6:22274.
  100. Kangangi JK, Kibuga D, Muli J, Maher D, Billo N, N'Gang'a L, et al. Decentralisation of tuberculosis treatment from the main hospitals to the peripheral health units and in the community within Machakos District, Kenya. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2003;7(9 SUPPL. 1):S5-S13.
  101. Khaleghian P. Decentralization and public services: The case of immunization. *Social Science and Medicine*. 2004;59(1):163-83.
  102. Loubiere S, Boyer S, Protopopescu C, Bonono CR, Abega S-C, Spire B, et al. Decentralization of HIV care in Cameroon: Increased access to antiretroviral treatment and associated persistent barriers. *Health Policy*. 2009;92(2-3):165-73.
  103. Maharani A, Tampubolon G. Has decentralisation affected child immunisation status in Indonesia? *Glob Health Action*. 2014;7:24913.
  104. Mutevedzi PC, Lessells RJ, Heller T, Banighausen T, Cooke GS, Newell ML. Scale-up of a decentralized HIV treatment programme in rural Kwazulu-Natal, South Africa: Does rapid expansion affect patient outcomes?. [Spanish]. *Bull World Health Organ*. 2010;88(8):593-600.
  105. Rashidian A, Joudaki H, Khodayari-Moez E, Omranikhoo H, Geraili B, Arab M. The impact of rural health system reform on hospitalization rates in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. *Bull World Health Organ*. 2013;91(12):942-9.
  106. Reidy WJ, Sheriff M, Wang C, Hawken M, Koech E, Elul B, et al. Decentralization of HIV care and treatment services in central Province, Kenya. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2014;67(1):e34-e40.
  107. Saly S, Onozaki I, Ishikawa N. Decentralized DOTS shortens delay to TB treatment significantly in Cambodia. *Kekkaku : [Tuberculosis]*. 2006;81(7):467-74.
  108. Vargas Bustamante A. The tradeoff between centralized and decentralized health services: Evidence from rural areas in Mexico. *Social Science and Medicine*. 2010;71(5):925-34.
  109. Wei X, Liang X, Liu F, Walley JD, Dong B. Decentralising tuberculosis services from county tuberculosis dispensaries to township hospitals in China: An intervention study. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2008;12(5):538-47.

110. Ansari U, Cockcroft A, Omer K, Ansari NM, Khan A, Chaudhry UU, et al. Devolution and public perceptions and experience of health services in Pakistan: linked cross sectional surveys in 2002 and 2004. *BMC Health Serv Res.* 2011;11 Suppl 2:S4.
111. Ayala Cerna C, Kroeger A. Health sector reform in Colombia and its effects on tuberculosis control and immunization programs. [Spanish]. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica.* 2002;18(6):1771-81.
112. Bedelu M, Ford N, Hilderbrand K, Reuter H. Implementing antiretroviral therapy in rural communities: The Lusikisiki model of decentralized HIV/AIDS care. *Journal of Infectious Diseases.* 2007;196(SUPPL. 3):S464-S8.
113. Bossert T, Chitah MB, Bowser D. Decentralization in Zambia: Resource allocation and district performance. *Health Policy and Planning.* 2003;18(4):357-69.
114. Campos-Outcalt D, Kewa K, Thomason J. Decentralization of health services in Western Highlands Province, Papua New Guinea: An attempt to administer health service at the subdistrict level. *Soc Sci Med.* 1995;40(8):1091-8.
115. Carvajal R, Cabrera GA, Mateus JC. Effects of the health sector reform upon tuberculosis control interventions in Valle del Cauca, Colombia. [Spanish]. *Biomedica : revista del Instituto Nacional de Salud.* 2004;24 Supp 1:138-48.
116. Jaramillo I. Evaluation of health system decentralization and reform of the Social Security system in Colombia. [Spanish]. *Gaceta sanitaria / SESPAS.* 2002;16(1):48-53.
117. Jimenez MM, Hinestroza Y, Gomez RD. Health reform and malaria control in two endemic areas of Colombia, 1982-2004. [Spanish]. *Colombia Medica.* 2007;38(2):113-31.
118. Kroeger A, Ordonez-Gonzalez J, Avina AI. Malaria control reinvented: Health sector reform and strategy development in Colombia. *Tropical Medicine and International Health.* 2002;7(5):450-8.
119. Liu X, Martineau T, Chen L, Zhan S, Tang S. Does decentralisation improve human resource management in the health sector? A case study from China. *Soc Sci Med.* 2006;63(7):1836-45.
120. McPake B, Yepes FJ, Lake S, Sanchez LH. Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogota? *Health Policy and Planning.* 2003;18(2):182-94.
121. Perks C, Toole MJ, Phouthonsy K. District health programmes and health-sector reform: Case study in the Lao People's Democratic Republic. *Bull World Health Organ.* 2006;84(2):132-8.
122. Phommasack B, Oula L, Khounthalivong O, Keobounphanh I, Misavadh T, Loun, et al. Decentralization and recentralization: Effects on the health systems in Lao PDR. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health.* 2005;36(2):523-8.
123. Seshadri SR, Hebbare L, Kotte S. Decentralisation and decision space in the health sector, Karnataka, India. *BMC Proc.* 2012;6.
124. Wei X, Zou G, Zhang H, Li R, Walley JD, Jiang S, et al. Evaluating the impact of decentralising tuberculosis microscopy services to rural township hospitals in Gansu Province, China. *BMC Public Health.* 2011;11:103.
125. Cobos D, Monzón L, Bosch-Capblanch X. Exposing concerns about vaccination in low and middle income countries: a systematic review. *International journal of public health.* 2015.

126. Atkinson S, Fernandes L, Caprara A, Gideon J. Prevention and promotion in decentralized rural health systems: A comparative study from northeast Brazil. *Health Policy and Planning*. 2005;20(2):69-79.
127. Cobos D, Monzón L, Ballesteros C. Herramientas de supervisión distrital para Guinea Ecuatorial. 2011.
128. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ*. 2005;330(7494):765.
129. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:45.
130. King G, Gakidou E, Imai K, Lakin J, Moore RT, Nall C, et al. Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet*. 2009;373(9673):1447-54.
131. Mshelia C, Huss R, Mirzoev T, Elsev H, Baine SO, Aikins M, et al. Can action research strengthen district health management and improve health workforce performance? A research protocol. *BMJ Open*. 2013;3(8):e003625.
132. Mills A, Gilson L, Hanson K, Palmer N, Lagarde M. What do we mean by rigorous health-systems research? *Lancet*. 2008;372.
133. World Health Organization. Health policy and systems research: a methodology reader. 2012.
134. Adam T, Hsu J, de Savigny D, Lavis JN, Rottingen JA, Bennett S. Evaluating health systems strengthening interventions in low-income and middle-income countries: are we asking the right questions? *Health Policy Plan*. 2012;27 Suppl 4:iv9-19.
135. English M, Irimu G, Wamae A, Were F, Wasunna A, Fegan G, et al. Health systems research in a low-income country: easier said than done. *Arch Dis Child*. 2008;93(6):540-4.
136. Hutchinson PL, LaFond AK. Monitoreo y Evaluación de las Reformas de Descentralización en los Sectores de Salud de los Países en Desarrollo. 2004.
137. 20/20 HS. Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual Version 2.0. USAID, MSH, Quality Assurance Project, Health Systems 2020, 2012.
138. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2012.
139. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking. Geneva: World Health Organization, 2015.
140. Litvack JI, Ahmad J, Bird RM. Rethinking decentralization in developing countries. World Bank Publications.
141. Han W. Health care system reforms in developing countries. *Journal of Public Health Research*. 2012;1(3):199-207.
142. Levaggi R, Smith P. Decentralization in health care: lessons from public economics. Conference on Economics and Health Policy Centre for Health Economics; York2003.
143. Celedón C, Noé M. Reformas del sector de la salud y participación social. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;8(1/2).
144. Maluka SO, Hurtig AK, Sebastian MS, Shayo E, Byskov J, Kamuzora P. Decentralization and health care prioritization process in Tanzania: from national rhetoric to local reality. *Int J Health Plann Manage*. 2011;26(2):e102-20.

145. Kamuzora P, Maluka S, Ndawi B, Byskov J, Hurtig AK. Promoting community participation in priority setting in district health systems: experiences from Mbarali district, Tanzania. *Glob Health Action*. 2013;6:22669.
146. Ciccone DK, Vian T, Maurer L, Bradley EH. Linking governance mechanisms to health outcomes: a review of the literature in low- and middle-income countries. *Soc Sci Med*. 2014;117:86-95.
147. Fleury S, Ouverney A, Kronemberger T, Zani F. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(6).
148. Lopez Levers L, Magweva FI, Mpofu E. A literature review of district health systems in east and southern Africa: Facilitators and barriers to participation in health. In: Norden P, Loewenson R, Pointer R, editors.: *Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa (EQUINET)*.
149. Fonn S, Ray S, Blaauw D. Innovation to improve health care provision and health systems in sub-Saharan Africa - promoting agency in mid-level workers and district managers. *Glob Public Health*. 2011;6(6):657-68.
150. Ensor T, Firdaus H, Dunlop D, Manu A, Mukti AG, Ayu Puspadari D, et al. Budgeting based on need: a model to determine sub-national allocation of resources for health services in Indonesia. *Cost Eff Resour Alloc*. 2012;10(1):11.
151. Maluka SO. Why are pro-poor exemption policies in Tanzania better implemented in some districts than in others? *Intern*. 2013;12(80).
152. Riutort M, Cabarcas F. Decentralization and equity: A Review of the Latin America Literature. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2006.
153. Coelho V, Shankland A. Making the Right to Health a Reality for Brazil's Indigenous Peoples: Innovation, Decentralization and Equity.
154. Mills A, Antonius R, Daniel J, Gray H, Haqq E, Rutten F. The distribution of health planning and management responsibilities between centre and periphery: Historical patterns and reform trends in four Caribbean territories. *Health Policy*. 2002;62(1):65-84.
155. Frumence G, Nyamhanga T, Mwangi M, Hurtig AK. The dependency on central government funding of decentralised health systems: experiences of the challenges and coping strategies in the Kongwa District, Tanzania. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:39.
156. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Mills A. Scaling up priority health interventions in Tanzania: the human resources challenge. *Health Policy Plan*. 2007;22(3):113-27.
157. World Health Organization. *The World Health Report 2006: Working together for health*. Geneva: World Health Organization, 2006.
158. Atun R, de Jongh T, Secci F, Ohiri K, Adeyi O. A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health Policy Plan*. 2010;25(1):1-14.
159. WHO. *Strengthening Management in Low-income countries: Lessons from Uganda*. World Health Organization 2007.
160. Rockers PC, Barnighausen T. Interventions for hiring, retaining and training district health systems managers in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;4:CD009035.
161. Chaulagai CN, Moyo CM, Koot J, Moyo HB, Sambakunsi TC, Khunga FM, et al. Design and implementation of a health management information system in Malawi: issues, innovations and results. *Health Policy Plan*. 2005;20(6):375-84.
162. Maokola W, Willey BA, Shirima K, Chemba M, Armstrong Schellenberg JR, Mshinda H, et al. Enhancing the routine health information system in rural southern

- Tanzania: successes, challenges and lessons learned. *Trop Med Int Health*. 2011;16(6):721-30.
163. Kawonga M, Blaauw D, Fonn S. Aligning vertical interventions to health systems: a case study of the HIV monitoring and evaluation system in South Africa. *Health Research Policy and Systems*. 2012;10(2).
  164. Mutemwa RI. HMIS and decision-making in Zambia: Re-thinking information solutions for district health management in decentralized health systems. *Health Policy and Planning*. 2006;21(1):40-52.
  165. Gladwin J, Dixon RA, Wilson TD. Rejection of an innovation: health information management training materials in east Africa. *Health Policy Plan*. 2002;17(4):354-61.
  166. Solomon NM. Health information generation and utilization for informed decision-making in equitable health service management: the case of Kenya Partnership for Health program. *Int J Equity Health*. 2005;4:8.
  167. Shigayeva A, Atun R, McKee M, Coker R. Health systems, communicable diseases and integration. *Health Policy Plan*. 2010;25 Suppl 1:i4-20.
  168. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. Geneva: 2008.
  169. Topp SM, Chipukuma JM, Chiko MM, Matongo E, Bolton-Moore C, Reid SE. Integrating HIV treatment with primary care outpatient services: opportunities and challenges from a scaled-up model in Zambia. *Health Policy Plan*. 2013;28(4):347-57.
  170. Nsutebu EF, Walley JD, Mataka E, Simon CF. Scaling-up HIV/AIDS and TB home-based care: lessons from Zambia. *Health Policy Plan*. 2001;16(3):240-7.
  171. Briggs D, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery (Review). 2006.
  172. Alilio MS, Kitua A, Njunwa K, Medina M, Ronn AM, Mhina JM, et al. Malaria control at the district level in Africa: The case of the Muheza district in northeastern Tanzania. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2004;71(2):205-13.
  173. Petersen I, Bhana A, Campbell-Hall V, Mjadu S, Lund C, Kleintjies S, et al. Planning for district mental health services in South Africa: a situational analysis of a rural district site. *Health Policy Plan*. 2009;24(2):140-50.
  174. Oliff M, Mayaud P, Brugha R, Semakafu AM. Integrating reproductive health services in a reforming health sector: the case of Tanzania. *Reprod Health Matters*. 2003;11(21):37-48.
  175. Robinson M. Does Decentralisation Improve Equity and Efficiency in Public Service Delivery Provision? *IDS Bulletin*. 2007;38(1).
  176. Conyers D. Decentralisation and service delivery: Lessons from sub-Saharan Africa. *Ids Bull-I Dev Stud*. 2007;38(1):18-+.
  177. Nnaji GA, Oguoma C, Nnaji LI, Nwobodo E. The challenges of budgeting in a newly introduced district health system: a case study. *Glob Public Health*. 2010;5(1):87-101.
  178. Sakyi EK, Awoonor-Williams JK, Adzei FA. Barriers to implementing health sector administrative decentralisation in Ghana: a study of the Nkwanta district health management team. *Journal of health organization and management*. 2011;25(4):400-19.
  179. UNADIS. Informe nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH/SIDA en Guinea Ecuatorial. UNAIDS, UNICEF y OMS, 2013.

180. Robertson J, Mace C, Forte G, de Joncheere K, Beran D. Medicines availability for non-communicable diseases: the case for standardized monitoring. *Global health*. 2015;11:18.
181. Kaseje D, Olayo R, Musita C, Oindo C, Wafula C, Muga R. Evidence-based dialogue with communities for district health systems' performance improvement. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*. 2010;5(6):595-610.
182. Organización Panamericana de Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.2008.
183. Willey B, Smith Paintain L, Mangham-Jefferies L, Car J, Schellenberg JA. Effectiveness of interventions to strengthen national health service delivery on coverage, access, quality and equity in the use of health services in low and lower middle income countries. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London., 2013.
184. Kenya CHD. Preparing nurses for Facility management. Policy. 2002.
185. Children's Vaccine Program at PATH. Guidelines for Implementing Supportive Supervision: A step-by-step guide with tools to support immunization. Seattle: PATH, 2003.
186. Bosch-Capblanch X, Liaqat S, Garner P. Managerial supervision to improve primary health care in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(9):CD006413.
187. Salam RA, Lassi ZS, Das JK, Bhutta ZA. Evidence from district level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings. *Reprod Health*. 2014;11 Suppl 2:S3.
188. Frimpong JA, HELLERINGER S, Awoonor-Williams JK, Yeji F, Phillips JF. Does supervision improve health worker productivity? Evidence from the Upper East Region of Ghana. *Trop Med Int Health*. 2011;16(10):1225-33.
189. Bradley S, Kamwendo F, Masanja H, de Pinho H, Waxman R, Boostrom C, et al. District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania. *Hum Resour Health*. 2013;11:43.





## Anexo 1. Herramienta para la recogida de datos del estudio de operatividad

MÓDULO 1: ESTUDIO DE OPERATIVIDAD I			
GENERAL		DATOS POBLACIONALES	
PAIS	GUINEA ECUATORIAL	Población TOTAL del Distrito	
PROVINCIA		Niños 0 a 11 meses (4%)	-
DISTRITO		Niños 0-4 años (11%)	-
EXTENSIÓN		Niños 5 a 14 años (17%)	-
		Embarazadas (5%)	-
		Partos (4.5 %)	-
		Mujeres en 15-49 años (24%)	-
MIEMBROS DEL EQUIPO DISTRITAL DE SALUD		UNIDADES SANITARIAS	
Responsable Distrital		Nº	NOMBRE TIPO SITUACIÓN
Responsable de APS		1	
Responsable de SMI		2	
Responsable de Monitoreo y Evaluación		3	
ASA		4	
Otro/a		5	
Otro/a		6	
Otro/a		7	
Otro/a		8	
Otro/a		9	
Otro/a		10	
Otro/a		11	
Otro/a		12	
Otro/a		13	
Otro/a		14	
Otro/a		15	
Otro/a		16	
Otro/a		17	
Otro/a		18	
Otro/a		19	
Otro/a		20	
Otro/a		21	
Otro/a		22	
Otro/a		23	
Otro/a		24	
Otro/a		25	
Otro/a		26	
Otro/a		27	
Otro/a		28	
Otro/a		29	
Otro/a		30	
Otro/a		31	
Otro/a		32	
Otro/a		33	
Otro/a		34	
Otro/a		35	
Otro/a		36	
Otro/a		37	
Otro/a		38	
Otro/a		39	
ACTIVIDAD DE SANEAMIENTO			
	Necesarias	Existentes	
Fuentes de agua protegida			
Letrina comunitaria			
Letrina Familiar			
Letrina Individual			
Basureros			
Cocinas protegidas			
ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL DISTRITO			
Agricultura			
Ganadería			
Industria			
Manufacturas			
Comercio			
Pesca			
Otros			
¿Hay zonas del Distrito que están aisladas?			
Nombre	Población aprox		

## MÓDULO 1: ESTUDIO DE OPERATIVIDAD I

[illegible]

## MÓDULO 1: ESTUDIO DE OPERATIVIDAD I

LISTA DE ENFERMEDADES/PROBLEMAS DE SALUD DEL DISTRITO					
Tras reunión con Responsables de Gobierno Local					
Tras reunión con el Equipo Distrital de Salud					
Tras reunión con personal del Hospital Distrital					
Tras reunión con Responsables de Centros y Puestos de Salud					
Tras reunión con Responsables Comunitarios					
Tras reunión con grupo focal (embarazadas o escolares o ancianos)					
Obtenidas a partir del SIS					

FUNCIONAMIENTO DE ESTRUCTURAS DE GESTIÓN DISTRITAL			
	Comité Distrital de Desarrollo	Comité Distrital de Salud	Equipo Distrital de Salud
¿Está en funcionamiento?			
¿Tiene una guía de funcionamiento, responsabilidades y funciones?			
¿Se han reunido en los ÚLTIMOS 12 MESES?			
¿Tienen Acta de esa reunión?			
¿Puede tomar decisiones relativas a...?			
PLAN DE ACCIÓN Anual del Distrito			
PRESUPUESTO del Distrito para Salud			
Organización del PERSONAL dentro del Distrito			
Compra de MEDICACIÓN			

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN DISTRITAL	
¿Existe un Plan de Acción Distrital para el 2011?	
¿Se está desarrollando el Plan de Acción actualmente?	
¿Participaron los Actores identificados anteriormente en el Plan de Acción?	
¿De qué manera participó el Nivel central del MINSABS para la ejecución del Plan de Acción?	
¿Hay herramientas y mecanismos de Monitoreo del Plan de Acción?	
¿Cuántas Unidades Sanitarias tienen un Plan de Acción para el año 2011?	
¿Existe un proceso de Reforma del Sector Salud en Guinea Ecuatorial en el momento actual?	
¿Existe una Política Nacional que guíe el proceso de Reforma Sanitaria?	
¿Tienes el documento de la Política que guía la Reforma Sanitaria?	

GUÍAS, ESTÁNDARES Y NORMAS	
¿Tiene el Equipo de Salud Distrital una copia de los siguientes documentos?	
Política Nacional de Salud	
Plan Nacional de Desarrollo Sanitario	
Plan de Acción "Horizonte 2020"	
Objetivos de Desarrollo del Milenio	
Libro Marrón (Organización Distrital de los Servicios de Salud)	
Reglamento de Hospitales	
Reglamento de Centros de Salud	
Reglamento de Puestos de Salud	
Política Nacional de Salud Mental	
Manual del Agente de Salud	
Manual de Normas de Vacunación	
Manual de Normas de CPN, parto y post-parto	
Manual de Normas AIEPI	
Manual de Normas VIH	
Manual de Normas TBC	
Manual de Normas de Paludismo	
Guías Terapéuticas	

FUNCIONES DEL EQUIPO DISTRITAL DE SALUD	

SUPERVISIÓN DISTRITAL	
¿Tiene el Equipo de Salud Distrital HERRAMIENTAS de Supervisión Distrital?	
¿Se ha REALIZADO alguna supervisión del Distrito en los últimos 6 meses?	
¿Existe un INFORME de esas supervisiones?	
Número de supervisiones distritales PLANIFICADAS EN 2011	
Número de supervisiones distritales REALIZADAS EN 2011	
¿Cuántas Unidades Sanitarias del Distrito se han supervisado en los últimos 6 meses?	
¿Cuál es la PRINCIPAL RAZON para no realizar las supervisiones?	

## MÓDULO 2: ESTUDIO DE OPERACIONALIZACIÓN II

	CÁLCULO	SIGNIFICADO
Promedio de consumo mensual		
Stock de seguridad		
Stock mínimo o de compra		
Cantidad a ordenar		
Stock máximo		

5 medicamentos  
2 materiales  
3 reactivos de laboratorio

Promedio de consumo mensual	
Stock de seguridad	
Stock mínimo o de compra	
Cantidad a ordenar	
Stock máximo	

Promedio de consumo mensual	
Stock de seguridad	
Stock mínimo o de compra	
Cantidad a ordenar	
Stock máximo	

Promedio de consumo mensual	
Stock de seguridad	
Stock mínimo o de compra	
Cantidad a ordenar	
Stock máximo	

Promedio de consumo mensual	
Stock de seguridad	
Stock mínimo o de compra	
Cantidad a ordenar	
Stock máximo	

Promedio de consumo mensual	
Stock de seguridad	
Stock mínimo o de compra	
Cantidad a ordenar	
Stock máximo	

Promedio de consumo mensual	
Stock de seguridad	
Stock mínimo o de compra	
Cantidad a ordenar	
Stock máximo	

Promedio de consumo mensual	
Stock de seguridad	
Stock mínimo o de compra	
Cantidad a ordenar	
Stock máximo	

Promedio de consumo mensual	
Stock de seguridad	
Stock mínimo o de compra	
Cantidad a ordenar	
Stock máximo	

Promedio de consumo mensual	
Stock de seguridad	
Stock mínimo o de compra	
Cantidad a ordenar	
Stock máximo	

Promedio de consumo mensual	
Stock de seguridad	
Stock mínimo o de compra	
Cantidad a ordenar	
Stock máximo	

Nº DÍAS DEL PERIODO	
STOCK AL INICIO DEL PERIODO	
COMPRA EN ESE PERIODO	
STOCK AL FINAL DEL PERIODO	
Nº DE DÍAS DE ROTURA DE STOCK	
PÉRDIDAS DE PRODUCTO	
PLAZO DE ENTREGA (MESES)	
PERIODO DE COMPRA	

CÁLCULO AUTOMÁTICO	
Promedio de consumo mensual	
Stock de seguridad	
Stock mínimo o de compra	#VALUE!
Cantidad a ordenar	#VALUE!
Stock máximo	#VALUE!

## MÓDULO 2: ESTUDIO DE OPERACIONALIZACIÓN II

Introduce en la tabla los valores que se han obtenido en la supervisión de la unidad sanitaria. Cada columna corresponde a una unidad sanitaria.

NOMBRE DE LA UNIDAD SUPERVISADA										
FECHA DE LA ÚLTIMA SUPERVISIÓN										
TIPO DE UNIDAD SANITARIA										
PUNTUACIÓN MEDIA DE TODAS LAS SECCIONES		0	0	0	0	0	0	0	0	0
SECCIÓN 1 CARACTERÍSTICAS GENERALES		0	0	0	0	0	0	0	0	0
101	¿Tiene la unidad sanitaria una INFRAESTRUCTURA física adecuada?									
102	¿Tiene la unidad sanitaria la CARTERA DE SERVICIOS que le corresponde en función del nivel asistencial y las características de la zona?									
103	¿El PERSONAL de la unidad sanitaria está presente en la unidad sanitaria?									
104	¿Existen mecanismos de control, motivación y formación de los RRHH de la unidad?									
SECCIÓN 2 DIRECCIÓN		0	0	0	0	0	0	0	0	0
201	¿Tiene la unidad un plan operacional para el año en curso?									
202	¿Se hace un seguimiento adecuado del plan operacional?									
203	¿Existen mecanismos de coordinación y organización de las actividades de la unidad?									
204	¿Existen mecanismos de comunicación con los usuarios de la unidad?									
SECCIÓN 3 ADMINISTRACIÓN Y RRHH		0	0	0	0	0	0	0	0	0
301	¿Se realiza una gestión de los FONDOS adecuada?									
302	¿Se realiza una gestión adecuada de los RECURSOS MATERIALES de la unidad sanitaria?									
303	¿Se realiza una gestión adecuada de los MEDICAMENTOS en esta unidad sanitaria?									
304	¿Se realiza una gestión adecuada de los MEDIOS DE TRANSPORTE en esta unidad sanitaria?									
SECCIÓN 4 SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA		0	0	0	0	0	0	0	0	0
401	¿Se archivan y salvaguardan correctamente la información sanitaria del SIS?									
402	¿Se realiza un análisis de la información sanitaria de su área de influencia?									
403	¿Se cuentan con los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del SIS?									
SECCIÓN 5 CONSULTA EXTERNA		0	0	0	0	0	0	0	0	0
501	¿Cuenta el local donde se pasa la consulta externa con unas condiciones adecuadas?									
502	¿Se realiza un trato humano y cortés a los pacientes y sus acompañantes?									
503	¿Existe un archivo adecuado de la información de los pacientes?									
504	¿Se realiza correctamente la referencia y contra referencia de los pacientes?									

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>SALUD REPRODUCTIVA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
601	¿La sala donde se realiza la consulta pre natal (CPN) reúne las condiciones adecuadas?										
602	¿Se realiza un trato humano y cortés a las pacientes y sus acompañantes en la CPN?										
603	¿Se realiza una asistencia adecuada de las mujeres en CPN?										
604	¿Cuenta el paritorio con condiciones adecuadas para atender los partos?										
605	¿Se realizan los partos en la unidad por el personal adecuado?										
606	¿Cuenta la unidad con una consulta de Planificación Familiar (PF) adecuada?										
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>PAV</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
701	¿La sala donde se realiza la VACUNACIÓN reúne las condiciones adecuadas?										
702	¿Se realiza una vacunación adecuada?										
703	¿La gestión logística de las vacunas es adecuada?										
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN Y QUIRÓFANO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
801	¿La sala de hospitalización reúne las condiciones adecuadas?										
802	¿Se cuentan con los recursos necesarios en la sala de hospitalización?										
803	¿Reúne el quirófano las condiciones adecuadas?										
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
901	¿Existen estructuras comunitarias que favorezcan la participación de la comunidad en las decisiones en el ámbito de la salud?										
902	¿Existen mecanismos de comunicación con la comunidad?										
903	¿La unidad sanitaria realiza actividades comunitarias asistenciales, de prevención y promoción de la salud?										
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>CONTROL DE INFECCIONES</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
1001	¿Existen mecanismos funcionando para el control de infecciones en la unidad?										
1002	¿Existen mecanismos de eliminación de residuos biológicos?										

## MÓDULO 3: ESTUDIO DE OPERACIONALIZACIÓN III

## INDICADORES GENERALES DE SALUD

## 1.- Número de casos por meses

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
Malaria												
Fiebre Tifoidea												
IRA												
EDA												
Gonorrea												
Sifilis												
VIH (nuevos diagnosticos)												
Tuberculosis												
Psicosis												



## INCIDENCIA

Malaria												
Fiebre Tifoidea												
IRA												
EDA												
Gonorrea												
Sifilis												
VIH (nuevos diagnosticos)												
Tuberculosis												
Psicosis												



## MÓDULO 3: ESTUDIO DE OPERACIONALIZACIÓN III

## INDICADORES POR SERVICIOS

POBLACIÓN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

POBLACIÓN DE EMBARAZADAS

## 1.- Vacunación

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	COBERTURA
Nº de dosis DTP 1													#DIV/0!
Nº de dosis DTP 3													#DIV/0!
Nº dosis POLIO 0													#DIV/0!
Nº dosis POLIO 3													#DIV/0!
Nº dosis Sarampión													#DIV/0!

## 2.- Salud Infantil

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	COBERTURA
% niños con bajo peso													
% niños baja talla													
Nº dosis de Vitamina A													

## 3.- Salud Materna

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	COBERTURA
Número 1ª CPN													#DIV/0!
Número 4ª CPN													#DIV/0!
Dosis de TT2													#DIV/0!
Nº partos en institución													#DIV/0!
Nº partos personal cualif													#DIV/0!

## MÓDULO 3: ESTUDIO DE OPERACIONALIZACIÓN III

## DATOS HOSPITALARIOS GENERALES

Población de referencia	MUERTES EXTRAHOSPITALARIAS												TOTAL
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Nº de Consultas Externas													
Nº de Partos													
Nº de Urgencias													
Pacientes referidos													
Pacientes recibidos													
Altas voluntarias													

## DATOS HOSPITALARIOS POR SERVICIOS

		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
MEDICINA	Días de estancia													
	Ingresos													
	Nº Camas													
	Muertes Intrahosp													
	Mortalidad Hosp	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
CIRUGÍA	Días de estancia													
	Ingresos													
	Nº Camas													
	Muertes Intrahosp													
	Mortalidad Hosp	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
PEDIATRÍA	Días de estancia													
	Ingresos													
	Nº Camas													
	Muertes Intrahosp													
	Mortalidad Hosp	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
MATERNIDAD	Días de estancia													
	Ingresos													
	Nº Camas													
	Muertes Intrahosp													
	Mortalidad Hosp	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

## LABORATORIO

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Gota Gruesa													
Hemoglobina													
Test de Widal													
VIH screening													
VIH confirmación 1													
VIH confirmación 2													

## MÓDULO 3: ESTUDIO DE OPERACIONALIZACIÓN III

## INDICADORES HOSPITALARIOS POR SERVICIOS

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	PROMEDIO
Frecuentación Cons. Externa (por 1000 hab)													#DIV/0!
Frecuentación Maternidad (por 1000 hab)													#DIV/0!
Frecuentación Urgencias (por 1000 hab)													#DIV/0!
Promedio diario Cons. Externa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Promedio diario Partos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Promedio diario Urgencias	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Tasa Ocupación</b>													
Medicina													#DIV/0!
Cirugía													#DIV/0!
Pediatría													#DIV/0!
Maternidad													#DIV/0!
<b>Estancia Media</b>													
Medicina													#DIV/0!
Cirugía													#DIV/0!
Pediatría													#DIV/0!
Maternidad													#DIV/0!
% de pacientes referidos a otra unidad	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
% de ingresos procedentes de otra unidad	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Mortalidad Extrahospitalaria	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

## PLAN OPERACIONAL ANUAL DEL DISTRITO



DISTRITO

RESPONSABLE  
DISTRITAL

FECHA

FIRMA

	Resumen descriptivo	Indicadores	Fuentes de verificación	Hipótesis
OBJETIVO GENERAL				
OBJETIVO ESPECÍFICO 1				
OBJETIVO ESPECÍFICO 2				
OBJETIVO ESPECÍFICO 3				
OBJETIVO ESPECÍFICO 4				
OBJETIVO ESPECÍFICO 5				

PLAN OPERACIONAL ANUAL DEL DISTRITO					
	Resumen descriptivo	Indicadores		Fuentes de verificación	Hipótesis
OBJETIVO GENERAL					
OBJETIVO ESPECÍFICO 1					
RESULTADO 1.1					
Actividad	Resumen descriptivo	RESPONSABLE	Fecha Inicio -Fin	Recursos	COSTES (FRCFA)
A 1.1.1					
A 1.1.2					
A 1.1.3					
A 1.1.4					
A 1.1.5					
A 1.1.6					
RESULTADO 1.2					
Actividad	Resumen descriptivo	RESPONSABLE	Fecha Inicio -Fin	Recursos	COSTES (FRCFA)
A 1.2.1					
A 1.2.2					
A 1.2.3					
A 1.2.4					
A 1.2.5					
A 1.2.6					
RESULTADO 1.3					
Actividad	Resumen descriptivo	RESPONSABLE	Fecha Inicio -Fin	Recursos	COSTES (FRCFA)
A 1.3.1					
A 1.3.2					
A 1.3.3					
A 1.3.4					
A 1.3.5					
A 1.3.6					

## Anexo 2. Lista de países incluidos en la revisión sistemática de la literatura

Países de renta baja		
Afghanistan	Gambia	Myanmar
Bangladesh	Guinea	Nepal
Benín	Guinea-Bissau	Níger
Burkina Faso	Haití	Ruanda
Burundi	Kenia	Sierra Leona
Camboya	Corea	Somalia
República Centro Africana	Kirguistán	Sudán del Sur
Chad	Liberia	Tayikistán
Comoros	Madagascar	Tanzania
Congo	Malawi	Togo
Eritrea	Mali	Uganda
Etiopía	Mozambique	Zimbabue
Países de renta media-baja		
Armenia	India	Samoa
Bután	Kiribati	São Tomé y Príncipe
Bolivia	Kosovo	Senegal
Camerún	Lao PDR	Islas Solomon
Cape Verde	Lesoto	Sri Lanka
Congo, Rep.	Mauritania	Sudan
Côte d'Ivoire	Micronesia, Fed. Sts.	Swaziland
Djibouti	Moldava	Siria
Egipto	Mongolia	Tim, -Leste
El Salvad,	Marruecos	Ucrania
Georgia	Nicaragua	Uzbekistán
Ghana	Nigeria	Vanuatu
Guatemala	Pakistán	Vietnam
Guyana	Papua New Guinea	West Bank and Gaza
Honduras	Paraguay	Yemen, Rep.
Indonesia	Filipinas	Zambia

Países de renta media-alta		
Angola	Fiji	Palau
Albania	Gabón	Panamá
Argelia	Granada	Perú
American Samoa	Hungría	Romania
Argentina	Iran	Serbia
Azerbaiyán	Iraq	Seychelles
Belarus	Jamaica	Sudáfrica
Belice	J, dan	St. Lucia
Bosnia and Herzegovina	Kazakstán	St. Vincent and the Grenadines
Botsuana	Lebanon	Surinam
Brasil	Libia	Tailandia
Bulgaria	Macedonia, FYR	Tonga
China	Malaysia	Túnez
Colombia	Maldivas	Turquía
Costa Rica	Marshall shall	Turkmenistán
Cuba	Mauricio	Tuvalu
Dominica	México	Venezuela, RB
Dominicana Republica	Montenegro	
Ecuador	Namibia	

Fuente: Banco Mundial

## Anexo 3. Resultados detallados del análisis de calidad a estudios cuantitativos

Reference	Selection bias		Study design			
	Are individuals representative?	% of agreement	Study design	Randomized?	Method of random. described	Method of random. Appropriate
Abdullah 2008	Not likely	80 - 100% agreement	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Ali 2014	Very likely	Can't tell	Cohort analytic (two group pre + post)	No	n/a	n/a
Anokbonggo 2004	Not likely	80 - 100% agreement	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Ansari 2011	Very likely	80 - 100% agreement	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Arrieta 2011	Very likely	Can't tell	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Atkinson 2004	Somewhat likely	80 - 100% agreement	Cross-sectional	No	n/a	n/a
Bernatas 2003	Very likely	80 - 100% agreement	Cross-sectional	No	n/a	n/a
Bixby 2004	Somewhat likely	80 - 100% agreement	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Blas 2001	Somewhat likely	80 - 100% agreement	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Borrero 2012	Very likely	Not applicable	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Bossert 2003	Somewhat likely	Can't tell	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Boyer 2010	Very likely	80 - 100% agreement	Cross-sectional	No	n/a	n/a
Boyer 2011	Very likely	80 - 100% agreement	Cross-sectional	No	n/a	n/a
Boyer 2012	Very likely	Not applicable	Cross-sectional	Yes	No	n/a
Chan 2010	Very likely	80 - 100% agreement	Cohort analytic (two group pre + post)	No	n/a	n/a
El-Sony 2003	Somewhat likely	80 - 100% agreement	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Fayorsey 2013	Not likely	Can't tell	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Guanais 2009	Very likely	80 - 100% agreement	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Hagstromer 2013	Somewhat likely	Not applicable	Cohort analytic (two group pre + post)	No	n/a	n/a
Kangangi 2003	Very likely	80 - 100% agreement	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Khaleghian 2004	Somewhat likely	Can't tell	Interrupted time series	No	n/a	n/a

Reference	Selection bias		Study design			
	Are individuals representative?	% of agreement	Study design	Randomized?	Method of random. described	Method of random. Appropriate
Liu 2006	Somewhat likely	Can't tell	Cross-sectional	No	n/a	n/a
Loubiere 2009	Very likely	Not applicable	Cross-sectional	Yes	Yes	Yes
Maharani 2014	Can't tell	Not applicable	Cross-sectional	No	n/a	n/a
Mutevedzi 2010	Somewhat likely	60 – 79% agreement	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Rashidian 2013	Can't tell	Can't tell	Interrupted time series	No	n/a	n/a
Reidy 2014	Very likely	Not applicable	Interrupted time series	Yes	Yes	Yes
Saly 2006	Very likely	80 - 100% agreement	Cohort (one group pre + post (before and after))	No	n/a	n/a
Vargas 2010	Can't tell	Can't tell	Cross-sectional	No	n/a	n/a
Wei 2008	Can't tell	Can't tell	Cross-sectional	No	n/a	n/a

Cont.

Reference	Confounders		Blinding		Data collection methods	
	Differences between groups?	% of relevant confounders controled	Outcome assessors not blinded	Participants knew research quest.	Data collection methods valid	Data collection method reliable
Abdullah 2008	Can't tell	Can't Tell	Yes	No	Yes	Yes
Ali 2014	Can't tell	60 – 79% (some)	Yes	No	Yes	Can't tell
Anokbonggo 2004	Can't tell	Can't Tell	Can't tell	Can't Tell	Yes	Yes
Ansari 2011	Yes	80 – 100% (most)	No	Yes	Yes	Yes
Arrieta 2011	Yes	80 – 100% (most)	Yes	Can't tell	Yes	Yes
Atkinson 2004	Can't tell	Can't Tell	No	Can't Tell	Yes	Yes
Bernatas 2003	Yes	80 – 100% (most)	Yes	No	Yes	Yes
Bixby 2004	Yes	80 – 100% (most)	No	Can't tell	Yes	Yes
Blas 2001	Can't tell	Can't Tell	Yes	No	Yes	Yes
Borrero 2012	Can't tell	80 – 100% (most)	Yes	Can't tell	Yes	Yes
Bossert 2003	No	n/a	No	No	Yes	Yes
Boyer 2010	Yes	80 – 100% (most)	Yes	No	Yes	Yes
Boyer 2011	Yes	80 – 100% (most)	Yes	Can't tell	Yes	Yes
Boyer 2012	Yes	80 – 100% (most)	Yes	Yes	Can't tell	Can't tell
Chan 2010	Yes	80 – 100% (most)	Yes	No	Yes	Yes
El-Sony 2003	Can't tell	Can't Tell	Can't tell	Can't Tell	Yes	Yes
Fayorsey 2013	Yes	80 – 100% (most)	Yes	Can't tell	Can't tell	Can't tell
Guanais 2009	Can't tell	Can't Tell	Yes	No	Yes	Can't tell
Hagstromer 2013	Yes	80 – 100% (most)	Yes	No	Can't tell	Can't tell
Kangangi 2003	Can't tell	Can't Tell	Yes	No	Yes	Yes
Khaleghian 2004	Yes	80 – 100% (most)	Can't tell	Can't tell	Yes	Yes
Liu 2006	Can't tell	80 – 100% (most)	No	Yes	Can't tell	Can't tell
Loubiere 2009	Can't tell	n/a	Can't tell	Yes	Yes	Yes
Maharani 2014	Can't tell	80 – 100% (most)	Can't tell	Can't tell	Can't tell	Can't tell
Mutevedzi 2010	Yes	80 – 100% (most)	Yes	Can't tell	Can't tell	Can't tell
Rashidian 2013	Yes	Less than 60% (few or none)	Can't tell	Can't tell	Can't tell	Can't tell
Reidy 2014	Can't tell	60 – 79%	Yes	No	Yes	Yes



Reference	Confounders		Blinding		Data collection methods	
	Differences between groups?	% of relevant confounders controlled	Outcome assessors not blinded	Participants knew research quest.	Data collection methods valid	Data collection method reliable
		(some)				
Saly 2006	Yes	Can't Tell	Yes	Can't tell	Can't tell	Can't tell
Vargas 2010	Can't tell	Can't Tell	Yes	Can't tell	Can't tell	Can't tell
Wei 2008	Can't tell	80 – 100% (most)	Yes	Can't tell	Can't tell	Yes

Cont.

Reference	Withdrawals and drop outs		Intervention integrity		
	Withdrawals and drop outs reported	% participants completed study	% of participants exposed	Consistency of intervention measured	Risk of contamination
Abdullah 2008	n/a	n/a	80 -100%	No	No
Ali 2014	n/a	n/a	n/a	Yes	n/a
Anokbonggo 2004	n/a	n/a	80 -100%	No	No
Ansari 2011	n/a	n/a	80 -100%	No	No
Arrieta 2011	n/a	n/a	80 -100%	Can't tell	No
Atkinson 2004	n/a	n/a	80 -100%	No	Yes
Bernatas 2003	n/a	n/a	80 -100%	Yes	No
Bixby 2004	n/a	n/a	80 -100%	No	Yes
Blas 2001	n/a	n/a	80 -100%	No	No
Borrero 2012	n/a	n/a	80 -100%	No	Can't tell
Bossert 2003	n/a	n/a	80 -100%	No	No
Boyer 2010	n/a	n/a	80 -100%	Yes	No
Boyer 2011	n/a	n/a	80 -100%	Yes	No
Boyer 2012	n/a	n/a	n/a	Yes	n/a
Chan 2010	n/a	n/a	80 -100%	Yes	No
El-Sony 2003	n/a	n/a	80 -100%	No	No
Fayorsey 2013	n/a	n/a	80 -100%	Yes	No
Guanais 2009	n/a	n/a	80 -100%	Yes	No
Hagstromer 2013	n/a	n/a	n/a	Yes	n/a
Kangangi 2003	n/a	n/a	80 -100%	No	No
Khaleghian 2004	n/a	n/a	80 -100%	No	No
Liu 2006	n/a	n/a	80 -100%	No	Yes
Loubiere 2009	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Maharani 2014	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Mutevedzi 2010	n/a	n/a	80 -100%	Yes	Yes
Rashidian 2013	n/a	n/a	Can't tell	Yes	No
Reidy 2014	n/a	n/a	n/a	Yes	n/a
Saly 2006	n/a	n/a	80 -100%	Yes	No
Vargas 2010	n/a	n/a	Can't tell	No	Yes
Wei 2008	n/a	n/a	80 -100%	Yes	Can't tell

## Cont

Reference	Analysis			
	Unit of allocation	Unit of analysis	Statistical method appropriate	Intention to treat
Abdullah 2008	Community	Community	Yes	n/a
Ali 2014	Institution	Institution	Yes	n/a
Anokbonggo 2004	Institution	Institution	Yes	n/a
Ansari 2011	Community	Community	Yes	n/a
Arrieta 2011	Community	Individual	Yes	n/a
Atkinson 2004	Community	Community	Yes	n/a
Bernatas 2003	Institution	Institution	Yes	n/a
Bixby 2004	Community	Community	Yes	n/a
Blas 2001	Institution	Community	Yes	n/a
Borrero 2012	Community	Community	Yes	n/a
Bossert 2003	Community	Community	Yes	n/a
Boyer 2010	Individual	Individual	Yes	n/a
Boyer 2011	Institution	Individual	Yes	n/a
Boyer 2012	Community	Community	Yes	n/a
Chan 2010	Individual	Individual	Yes	n/a
El-Sony 2003	Institution	Institution	Yes	n/a
Fayorsey 2013	Institution	Institution	Yes	n/a
Guanais 2009	Community	Community	Yes	n/a
Hagstromer 2013	Institution	Institution	Yes	n/a
Kangangi 2003	Institution	Institution	Yes	n/a
Khaleghian 2004	Community	Individual	Yes	n/a
Liu 2006	Community	Community	Yes	n/a
Loubiere 2009	n/a	Individual	Yes	n/a
Maharani 2014	Community	Community	Yes	n/a
Mutevedzi 2010	Individual	Individual	Yes	n/a
Rashidian 2013	Institution	Institution	Yes	n/a
Reidy 2014	Community	Community	Yes	n/a
Saly 2006	Institution	Individual	Yes	n/a
Vargas 2010	Community	Individual	Yes	n/a
Wei 2008	Institution	Individual	Yes	n/a